

**Traitement de l'information médicale par la
Classification Internationale des Soins Primaires**

CISP - 2

Deuxième version



**Care Editions, ASBL
Avenue des Lucioles 22
B-1410 Waterloo**

Belgique

**Marc Jamouille, Michel Roland, Jacques Humbert, Jean François Brûlet (Eds).
Traitement de l'information médicale par la Classification Internationale des Soins Primaires
2ème version (CISP-2), assorti d'un glossaire de médecine générale, préparé par le Comité
International de Classification de la WONCA.**

Care Editions, Bruxelles, 2000

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés réservés pour tous pays.

Toute copie, même partielle, est interdite sans autorisation préalable.

Il n'est autorisé d'une part, que des copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective, et, d'autre part, que les analyses et courtes citations dans un but d'exemple et de d'illustration. Toute représentation ou reproduction, intégrale ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur, ou ses ayant-droit ou ayant-cause, est illicite, et constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par la loi.

© Care Editions, octobre 2000

© Department of Community and Family Medicine, Duke University Medical Center, Durham, NC, USA, 1998; pour le chapitre et les figures concernant le DUSOI

© Dartmouth Primary Care Cooperative Information Project, Hanover, New Hampshire, USA, 1995 ; pour les figures des cartes COOP/WONCA IBSN 2-9600130-3-4

IBSN 2-9600130-3-4

CISP-2

Classification Internationale des Soins Primaires Deuxième version

Préparée par le Comité International de Classification de la WONCA (WICC)¹. La WONCA est l'Organisation Mondiale des Médecins de Famille².



Version française de l'original ICPC-2 publiée en 1998 par Oxford University Press, revue, corrigée, adaptée et augmentée d'après les travaux les plus récents (avril 2000) du Comité International de Classification de la WONCA, tels que publiés dans 'ICPC-2-E: the electronic version of ICPC-2. Differences from the printed version and the consequences' (Fam. Pract. 2000 ; 17: 101-107)

Additionnée de la traduction française de 'An international glossary for general/family practice. WONCA Classification Committee' (Fam. Pract. 1995 ; 12: 341-369)



Editée par Marc Jamoulle (Belgique), Michel Roland (Belgique), Jacques Humbert (France) et Jean-François Brûlet (France).

Avec la collaboration de Sylvie Antonini-Revaz (Suisse), Bernard Dendreau (Belgique), Maurice Einhorn (Belgique), Yves Lambert (Canada), François Mennerat (France) et Bruno Seys (Belgique) ainsi que des membres et sous l'égide de l'Association Francophone Internationale des utilisateurs de la CISP (CISP-Club)³.



La réalisation du présent ouvrage a été rendue possible grâce au soutien de l'Ecole de Santé Publique de l'Université Libre de Bruxelles, du Ministère Fédéral Belge de la Santé Publique et de l'Association des utilisateurs francophones de la CISP (CISP-Club).



Care Editions, ASBL
Avenue des Lucioles 22
B-1410 Waterloo
Belgique

¹ WICC : WONCA International Classification Committee (<http://www.ulb.ac.be/esp/wicc>)

² WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (<http://www.wonca.org>)

³ CISP-Club : <http://www.ulb.ac.be/esp/cisp>

Le Comité International de Classification de la WONCA (WICC)

Bent Guttorm BENTSEN, Université d'Oslo
Niels BENTZEN, président du WICC, Institute of Public Health General Practice, Université de Odense
Robert M. BERNSTEIN, Family Medicine Center, Université d'Ottawa
Nick BOOTH, Université de Newcastle
Sören BRÄAGE, Institute of General Practice, Université d'Oslo
Charles BRIDGES-WEBB, ancien président du WICC, Université de Sydney
Helena BRITT, Family Medicine Research Unit, Université de Sydney
Marcin BUJAK, Université de Katowice, Pologne
Larry CULPEPPER, Department of Family Medicine, Boston MA, Etats-Unis
Erik FALKOE, Institute of Public Health General Practice, Université de Odense
Gisela FISCHER, Abteilung Allgemeinmedizin Medizinische Hochschule, Hanovre
Tim GARDNER, Outram Medical Centre, Nouvelle Zélande
Juan GERVAS, Equipo CESCA, Madrid
Anders GRIMSMO, Community Health Research Department, Surnadal, Norvège
Jacques HUMBERT, Association des Utilisateurs de la CISP, Beauvoir- sur- Mer, France
Marc JAMOULLE, Ecole de Santé Publique de l'Université Libre de Bruxelles, Bruxelles
Mike KLINKMAN, Department of Family Medicine, Université du Michigan, Ann Arbor, Etats-Unis
Marten KVIST, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen
Henk LAMBERTS, Instituut voor Huisartsgeneeskunde, Université d'Amsterdam
Laurent LETRILLIART, Réseau Sentinelles - INSERM U444, Paris
Matti LIUKKO, The Finnish Association of Local Authorities, Helsinki
Ian MARSHALL, Palma Nova, Mallorca, Balears
Francois MENNERAT, Université de St Etienne, St Etienne, France
Lloyd MICHENER, Duke University Medical Centre, Durham, NC, Etats-Unis
Graeme MILLER, Family Medicine Research Unit, Université de Sydney
Jose NUNES, Association des médecins généralistes portugais, Carcavelos, Portugal
Inge OKKES, Instituut voor Huisartsgeneeskunde, Université d'Amsterdam
Marinela OLAROIU, Association des médecins généralistes roumains, Bucarest
George PARKERSON, Duke University Medical Centre, Durham, NC, Etats-Unis
Kumar RAJAKUMAR, Kuala Lumpur, Malaisie
Deborah SALTMAN, Department of General Practice, Manly, Australie
Philip SIVE, Herzlia, Israel
Jean Karl SOLER, Association Maltaise des médecins de famille, Malte
Marti VIRTANEN, National Research & Development Centre for Welfare & Health, Helsinki
Maurice WOOD, Roseland, VA, Etats-Unis
Takashi YAMADA, Ibi Community Medical Center, Kuzemura, Ibi Gifu, Japon
Gojimir ZORZ, Ljubljana, Slovénie

**Adresse : The Chairman, WICC, c/o WONCA office, Locked bag 11,
Collins street east PO, Melbourne, Victoria 8003, Australie.**

Fax 61 3 9650 0236. Mailto : wonca@bigpond.com

Table des matières

<i>Le Comité International de Classification de la WONCA (WICC)</i>	5
<i>Table des matières</i>	6
<i>Préface à l'édition française</i>	8
<i>Avant-propos</i>	10
1. Introduction	11
Historique	11
La classification internationale des soins primaires	13
Classification, nomenclature et thesaurus	13
La CISP-2	14
Les traductions de la CISP	15
Règlement en matière de droits commerciaux et de copyright	15
Retour d'information de l'utilisateur	16
L'association des utilisateurs francophones de la CISP et le site Internet	16
2. La structure de la CISP	17
Rubriques résiduelles	18
Un usage pratique des données de morbidité et de diagnostic	18
Extension hiérarchique optionnelle	19
Gravité de la maladie et statut fonctionnel	19
3. L'épisode de soins : un concept central en médecine générale et de famille	20
L'épisode de soins	20
Motif de rencontre	21
Le problème de santé, diagnostic	22
Les interventions ou procédures de soins	23
Les dossiers des patients	24
Développements ultérieurs	24
4. Utilisation de la CISP pour enregistrer le motif de rencontre	26
Motif de rencontre	26
Choisir le code du chapitre	26
Choix du code du composant	27
Règles pour les composants	30
5. Utilisation de la CISP pour enregistrer les problèmes de santé et les actes médicaux.	31
Les problèmes de santé	31
Procédure de soins, actes médicaux	32
6. Critères d'inclusion de la CISP- 2	35
Introduction	35
Structure théorique d'attribution de critères d'inclusion	35
Les critères	36

Références croisées	36
Avantage de cette structure	36
Usage des critères d'inclusion	37
Application des critères aux différentes étapes des problèmes	37
Désavantages du système	37
Quelques malentendus possibles	37
Sources	38
7. <i>Le DUSOI/WONCA, un indice de gravité pour la médecine générale</i>	39
Quantifier le qualifiable	39
Résultats de l'étude de terrain de la gravité des maladies WONCA-SIFT	40
Comment utiliser le DUSOI/WONCA avec la CISP	41
Exemples d'utilisation	41
Un lecteur DUSOI dans un dossier médical électronique	44
Un outil pour la pratique	45
8. <i>Évaluation de l'état fonctionnel, les cartes COOP/WONCA</i>	50
Evaluer l'état de santé global	50
Genèse des cartes COOP/WONCA	51
Description et mode d'utilisation des cartes COOP/WONCA	51
Application des cartes COOP/WONCA	51
Limites de l'outil	51
9. <i>Bibliographie</i>	55

Préface à l'édition française

Comme dans tout secteur professionnel, un langage commun est nécessaire pour établir une communication efficace et précise en médecine générale et de famille. La description de notre pratique quotidienne exige donc une classification consensuelle, pragmatique et souple à l'usage. Le monde se rétrécit : cette classification doit dès lors être internationale et rendre possible la communication au-delà des frontières.

La Classification Internationale des Soins Primaires (CISP)⁴ répond à ces exigences. La CISP-2, sa nouvelle version, est un outil utile et précis pour la médecine générale et de famille. Elle comprend des critères d'inclusion et d'exclusion qui permettent au médecin de famille de classer les problèmes cliniques similaires avec le même terme et le même code. Le nombre d'erreurs de classification en est donc limité et la classification offre une "vraie" image du monde que nous désirons décrire.

Mais il ne suffit pas d'avoir une classification internationale en anglais. C'est dans nos langues respectives que nous pratiquons la médecine générale et de famille. C'est dans notre langue donc que nous avons besoin de cette classification pour l'utiliser en pratique quotidienne et dans nos pays respectifs.

Le Comité International de Classification de la WONCA (WICC)⁵, groupe de travail de la WONCA⁶ en méthodologie de recherche, est donc très heureux que le livre ICPC-2 publié en 1998 par Oxford University Pressⁱ soit traduit en français. Ce fut un travail long et difficile, impliquant de nombreux généralistes membres du CISP-Club, l'Association internationale francophone des utilisateurs de la CISP. Ceux-ci n'ont compté ni leur énergie ni leur temps pour produire une traduction de très haute qualité.

Cette traduction a été rendue possible particulièrement grâce aux efforts de Marc Jamouille (Charleroi, Belgique), membre du WICC, ainsi que Michel Roland (Bruxelles, Belgique), Jacques Humbert (Nantes, France) et Jean-François Brûlet (Saint Martin Lestra, France) qui ont travaillé en collaboration intime avec d'autres généralistes belges, français, suisses et québécois.

Le Comité International de Classification de la WONCA apporte son soutien au travail de ce groupe international de médecins généralistes qui facilite l'introduction et l'usage de la CISP-2 dans d'autres pays francophones.

Le présent ouvrage est pourtant bien plus que la traduction du livre ICPC-2. A la suite de sa parution en 1998, il est en effet rapidement apparu que la nomenclature de l'ICPC, soit son principe réellement opérationnel, était entachée d'erreurs et d'omissions qui rendaient son usage aléatoire. Un groupe de travail du WICC s'est alors attaché à revoir l'entièreté de cette nomenclature et la forme électronique de cette dernière a été publiée en avril 2000 par Oxford University Press sous le nom d'ICPC-2-Eⁱⁱ, permettant aux médecins généralistes anglophones de bénéficier d'une classification mise à jour. Le Dr Jamouille est co-auteur de cette mise à jour en langue anglaise et c'est donc très naturellement que le chapitre 10, soit la nomenclature du présent ouvrage, reprend cette révision complète du chapitre 10, elle aussi publiée et téléchargeable sur le site Internet du WICC sous le nom de CISP-2-E⁷.

⁴ En anglais : *International Classification of Primary Care (ICPC)*

⁵ WICC : *WONCA International Classification Committee*

⁶ WONCA : *Organisation mondiale de la médecine de famille*

⁷ CISP-2-E et ICPC-2-E sont téléchargeables sur le site Internet du WICC : <http://www.ulb.ac.be/esp/wicc>

Par ailleurs, le Comité International de Classification de la WONCA est aussi l'auteur d'un glossaire de la médecine générale publié en 1995 par Oxford University Pressⁱⁱⁱ. Ce glossaire a été traduit par des membres du CISP-Club sous la direction de Jacques Humbert et Michel Roland. Ce glossaire est édité ici pour la première fois en français et forme le chapitre 12 de ce livre. Il est aussi disponible par Internet sur le site du WICC.

Enfin, les chapitres 7 et 8, portant sur l'indicateur de sévérité, DUSOI/WONCA ainsi que celui portant sur l'outil d'évaluation de l'état fonctionnel, les cartes COOP/WONCA, ont été modifiés. Les auteurs de l'édition française ont respecté l'esprit du WICC mais ont remplacé ces chapitres par deux textes inspirés d'articles publiés dans la Revue Médicale de Bruxelles^{iv v}. Ils ont voulu ainsi adapter ces outils à la culture médicale francophone en rendant compte des possibilités de leur application dans la clinique quotidienne.

Au nom du WICC, je tiens personnellement à féliciter le CISP-Club pour la traduction et la mise à jour de l'ICPC-2 et son adaptation à la francophonie ainsi que pour la traduction du glossaire de la médecine générale et de famille. J'espère que de nombreux médecins généralistes francophones trouveront ces outils utiles et qu'ils permettront d'améliorer, tant au plan national qu'international, la communication et la compréhension de notre travail

Niels Bentzen

Président du WICC,

Professeur de médecine générale à l'université de Trondheim, Norvège.

Références

¹ *ICPC-2 International Classification of Primary care, second edition. Prepared by the International Classification Committee of WONCA. Oxford: Oxford University Press, 1998*

² *Okkes IM, Jamoulle M, Lamberts H, Bentzen N. ICPC-2-E. The electronic version of ICPC-2. Differences with the printed version and the consequences. Fam Pract 2000; 17: 101-6*

³ *N Bentzen (ed) WONCA international glossary for general/family practice 1995 ; 12 : 267 (<http://fampra.oupjournals.org/>)*

⁴ *Jamoulle M, Roland M, Blanc HW. Mesure de l'état fonctionnel en médecine générale : les cartes COOP/WONCA Rev Med Brux 1994 Sep-Oct ; 15(5) : 329-32*

⁵ *Jamoulle M, Roland M, Elkine J, Parkerson GR. Le DUSOI/WONCA, un indice de gravité pour la médecine générale. Rev Med Brux (soumis à publication)*

Avant-propos

La WONCA est une organisation non gouvernementale en relation officielle avec l'OMS depuis 1980. La collaboration entre les deux organisations remonte à la première édition de l'International Classification of Health Problems in Primary Care (ICHPPC), publiée par la WONCA et l'American Hospital Association en 1975 et basée sur la huitième révision de la Classification Internationale des Maladies (CIM-8).

L'ICHPPC mise à jour, et compatible avec la CIM-9 prit le nom de ICHPPC-2 et fut publiée par la WONCA et l'OMS en 1979. L'ICHPPC-2 fut formellement entérinée par l'OMS en raison de sa correspondance quasi totale avec la CIM-9. Sous le nom d'ICHPPC-2-Defined, cette classification fit l'objet en 1983 d'une nouvelle édition incluant des définitions pour la plupart de ses termes.

En novembre 1978, à l'invitation de l'OMS, un petit groupe d'experts en classifications des problèmes de soins de santé primaires, la plupart membres du Comité de Classification de la WONCA, participèrent à un groupe de travail chargé de développer une classification des motifs de contact des patients avec les services de soins de santé primaires. Le groupe avait la liberté de proposer n'importe quel projet, concept ou suggestion permettant d'atteindre les objectifs fixés, indépendamment des spécifications stipulées pour la neuvième révision de la Classification Internationale des Maladies (CIM-9).

Selon les recommandations de l'OMS d'avril 1982, la classification devait être alphanumérique et à trois caractères, compatible avec la CIM-9 et intégrer la composante pathologie de la CIM-10 alors en gestation.

En 1983, il devint évident que le format et la structure de la CIM-10 divergeait de celui de la classification que le groupe de travail était en train de développer. Cette dernière prit dès lors le nom de International Classification of Primary Care (ICPC), traduite en français ultérieurement par Classification Internationale des Soins Primaires (CISP).

En novembre 1985, l'OMS convoqua une réunion consultative sur les classifications en soins de santé primaires. Le projet CISP fut passé en revue et discuté dans le cadre des besoins d'informations des états membres de l'OMS en soins primaires, ainsi que dans celui des activités internationales de l'OMS en classifications de santé et en médecine générale. La réunion conclut que la classification en question n'intégrait pas les concepts et composants des soins de santé primaires tels que décrits dans la déclaration d'Alma-Ata entérinée par l'Assemblée Mondiale de la Santé. Les participants estimèrent que la classification ne pouvait remplacer la CIM, mais bien la compléter. Comme l'OMS n'était pas disposée à publier la classification telle qu'elle se présentait à l'époque, celle-ci le fut en 1987 par la WONCA.

Depuis lors, la CISP est couramment utilisée par les médecins de famille — individuellement ou en groupe — pour consigner leur travail. Certains pays même l'emploient pour classer les contacts en soins primaires, ou les patients bénéficiant de l'assurance maladie en raison d'une incapacité de travail. L'enregistrement du motif de contact perçu par le patient avec le producteur de soins et de l'éventuel diagnostic du clinicien a permis d'avoir une meilleure perception des raisons pour lesquelles les patients consultent leur médecin généraliste et de la façon dont ils lui présentent leurs problèmes. La CISP a également permis la classification des épisodes de maladie, élargissant ainsi la portée de l'enregistrement des processus de soins en médecine générale/médecine de famille.

L'inclusion de tables de correspondance entre CISP-2 et CIM-10 est un excellent apport, bien que seulement environ un quart des rubriques de la CISP puisse être converti

directement vers la CIM-10 à 3 ou 4 caractères. Ces conversions de codes seront utiles aux épidémiologistes et autres chercheurs qui souhaitent pouvoir comparer des données classées selon la CISP-2 et celles issues de différentes sources ayant utilisé la CIM-10.

La Division of Health Situation and Trend Assessment, responsable du développement, de la maintenance et de la révision périodique des classifications internationales de l'OMS en matière de santé, est heureuse d'avoir pu contribuer au transcodage CISP-2/CIM-10 et d'avoir pu émettre des commentaires sur le projet final CISP-2 avant publication.

Nous sommes désireux de voir maintenues la coopération et la collaboration étroites qui ont existé ces dernières années entre l'OMS et le Comité de Classification de la WONCA.

H. R. Hapsara, MD

Directeur

Division of Health Situation and Trend Assessment

Organisation Mondiale de la Santé

1. Introduction

Historique

Jusqu'à la moitié des années 70, la plupart des données collectées en santé primaire étaient codées selon la Classification Internationale des Maladies (CIM)^{vi vii}.

L'avantage en était la reconnaissance internationale qui facilitait la comparabilité des données provenant de différents pays. Cependant, cette classification avait été créée pour être appliquée aux statistiques de mortalité et était structurée sur la maladie. De ce fait, elle présentait le désavantage que beaucoup de symptômes et de situations qui se présentent en soins primaires étaient difficiles à coder.

Ayant identifié le problème, le Comité de Classification de la WONCA a créé la classification "International classification of health problems in primary care (ICHPPC)⁸", initialement publiée en 1975, avec une seconde édition en 1979 corroborée à la 9^{ème} révision de la CIM. Bien qu'elle comporte une section pour la classification de certains symptômes non encore diagnostiqués, elle était toujours basée sur la structure de la CIM et toujours inadéquate. En 1983, une troisième édition l'additionnait de critères de définition pour la plupart des rubriques. Ceci augmentait grandement sa fiabilité mais ne permettait pas de surmonter ses déficiences dans le domaine des soins primaires. Il fallait une nouvelle classification pour permettre aux professionnels de santé l'enregistrement d'une part des motifs de rencontre et d'autre part des problèmes posés par les patients.

En 1978, la conférence de l'Organisation Mondiale de la Santé d'Alma Ata^{viii}, sur les Soins Primaires, a déclaré que la réussite de l'objectif "la santé pour tous en l'an 2000" passait par une distribution appropriée des Soins Primaires. Ultérieurement, l'OMS et la WONCA établirent que l'élaboration d'un système performant de soins primaires, permettant l'évaluation et l'organisation de priorités, n'était possible qu'à condition que le planificateur de santé possède une information médicale de qualité. Ceci conduisit au développement de nouveaux systèmes de classification.

La même année, l'OMS initia un groupe de travail sur le développement d'une classification internationale de "Motifs de Rencontre en soins primaires". Ce groupe, dont une majorité des membres étaient aussi membres du Comité de Classification de la WONCA, développa la RFEC⁹, *Reason For Encounter Classification*^{vi ix x}, ultérieurement

⁸ Trad. ICHPPC: classification internationale des problèmes de santé en soins primaires, non-traduite en français

⁹ RFEC. Reason for Encounter Classification : Classification des raisons de rencontre, non traduite en

intégrée à la CISP

Les *motifs de rencontre* sont les préoccupations et attentes qui amènent le patient chez le médecin. Il peut s'agir de symptômes ou de plaintes (mal de tête ou peur d'un cancer), de maladies connues (rhume ou diabète), de demandes d'activités préventives ou diagnostiques (vérifier la pression sanguine ou réaliser un électrocardiogramme), de demandes de traitement (renouvellement de prescriptions), d'obtention de résultats d'analyse, ou de raisons administratives (certificat médical). Ces motifs sont habituellement mis en relation avec un ou plusieurs problèmes de santé. Ce ou ces problèmes sont identifiés par le médecin à la fin de la rencontre en tant que "problèmes de la rencontre". Ces problèmes peuvent être identiques ou non aux motifs de rencontre.

L'évaluation d'un problème de santé par un professionnel de santé est orienté par les classifications des maladies vers une pathologie. A l'opposé, la Classification des Motifs de Rencontre pointe les données vers le problème exprimé par le patient^{xi xii xiii}. Elle est orientée vers le patient plutôt que vers le professionnel de santé. Le motif de rencontre, ou la demande de soins, exprimés par un patient, doit être clarifié par le professionnel de santé, avant même de tenter de l'interpréter ou de l'évaluer en termes de diagnostic, ou de prendre toute décision concernant l'organisation de soins.

Le groupe de travail qui a développé la *Reason For Encounter Classification* en a testé plusieurs versions, par des tests de terrain pour la plupart. C'est en Hollande, en 1980^{ix} que prit place le premier essai. Cette étude pilote visait à tester le caractère complet et la fiabilité de la RFEC, et les résultats obtenus vont ouvrir la voie à des essais de faisabilité plus larges. Ceux-ci furent réalisés en 1983 dans 8 pays : l'Australie, le Brésil, les Barbades, la Hongrie, la Malaise, la Hollande, la Norvège et les Etats-Unis. La classification entière fut traduite de l'anglais vers plusieurs langues, dont le français, le Hongrois, le Norvégien, le Portugais et le Russe. Le cumul de plus de 90.000 motifs de rencontre enregistrés lors de 75.000 rencontres individuelles et l'expérience collective des participants induisirent le développement d'une classification plus globale^{x xii}.

Au décours de ces tests de faisabilité, on remarqua que la RFEC pouvait être facilement utilisée pour classer simultanément non seulement les motifs de rencontre, mais aussi deux autres éléments des soins *orientés par problèmes*, à savoir les diagnostics et les procédures de soins. Cette trame conceptuelle permit donc l'évolution de la Classification des motifs de rencontre vers la **Classification Internationale des Soins Primaires**.

Les problèmes posés par la mise au point simultanée de la CIM-10 empêchèrent l'OMS de publier la RFEC. La WONCA développa la CISP à partir de la RFEC et en publia la première édition en 1987.

La CISP-1 était déjà bien plus appropriée aux soins primaires que les classifications antérieures basée sur la trame de la CIM. Elle n'incluait toutefois pas de critères d'inclusion ni de référence croisée. En quelque sorte, elle était moins fiable que les publications antérieures telles que *ICHPPC-2-defined*, bien qu'elle s'y référait comme source des critères d'inclusion.

En 1985 fut initié un projet dans un certain nombre de pays européens. Il s'agissait, en utilisant ce nouveau système de classification, de fournir des données de morbidité extraites des soins primaires, destinées à l'information des systèmes de santé nationaux. Ceci nécessitait la traduction de la classification et des études comparatives entre les pays. Les résultats furent publiés en 1993 dans un livre qui comprenait entre autres une mise à jour de la CISP^{xiv}.

En 1990, la WONCA devint une organisation non gouvernementale (ONG), en relations officielles avec l'OMS. Le travail conjoint mené depuis par ces deux organisations a mis en évidence les besoins propres des soins primaires en matière de systèmes d'information et de classifications, dans le cadre plus large de tous les services de santé.

La classification internationale des soins primaires

La Classification Internationale des Soins Primaires (CISP)¹⁰, publiée en anglais par la WONCA en 1987 sous le nom d'International Classification of Primary Care^{xv}, ouvrait de nouveaux horizons dans le monde des classifications. La WONCA est l'*Organisation Mondiale des Collèges, Académies et Associations Académiques des Médecins Généralistes et des Médecins de Famille*^{Erreur ! Aucun nom n'a été donné au signet.}, plus connue sous le nom d'*Organisation mondiale des médecins de famille*. Pour la première fois, des professionnels de santé peuvent classer, en utilisant une seule classification, trois éléments importants de la rencontre de santé : les *motifs de rencontre*, les *diagnostics ou problèmes*, et les *procédures de soins*. Le lien entre ces éléments permet la catégorisation du début à la fin de la rencontre.

Cette nouvelle classification s'éloigne du format des chapitres traditionnels de la Classification Internationale des Maladies (CIM). Dans cette dernière, les bases de classement des chapitres varient en plusieurs directions. Certains chapitres sont fondés sur les appareils (chapitres III, IV, V, VI, VII, VIII, IX, XII et XIII), d'autres sur l'étiologie (chapitres I, II, XIV, XVII), ou sur d'autres concepts (chapitres XI, XV, XVI et XVIII). Ce mélange d'axes crée la confusion. En effet, des entités diagnostiques peuvent être classées avec une même logique dans plus d'un chapitre. A titre d'exemple, l'*influenza* peut prendre place dans le chapitre Infections ou dans le chapitre Respiratoire, ou dans les deux. Plutôt que de se conformer à ces structures, les chapitres de la CISP sont tous basés sur les appareils, et suivent le principe que la localisation prévaut sur l'étiologie. Les composants dont est formé chaque chapitre permettent une spécificité importante pour les trois éléments de la rencontre. En effet, la structure symétrique et leur numération souvent uniforme tout au long des chapitres en facilitent l'usage, même dans les systèmes d'enregistrement manuels. La structure rationnelle et globale de la CISP incite à considérer cette classification comme modèle pour les futures classifications internationales.

Depuis sa publication, la CISP a acquis peu à peu une reconnaissance mondiale comme une classification appropriée à la médecine générale et de famille et aux soins primaires. Elle a été largement utilisée dans de nombreuses régions du monde, particulièrement en Europe^{xiv} et en Australie^{xvi}.

Plus récemment, le Comité de Classification de la WONCA a favorisé le développement international d'initiatives complémentaires à la CISP. Les champs nouveaux explorés sont la mesure de l'état fonctionnel, les indicateurs de gravité des maladies et un glossaire international pour la médecine générale et de famille. Le présent livre aborde ces différents thèmes.

Classification, nomenclature et thesaurus

L'étiquetage de certains aspects de la médecine générale et de famille, tels que les motifs de rencontre ou les problèmes de santé, nécessite que les éléments disponibles reflètent les caractéristiques de ce domaine. Les éléments peuvent provenir d'une nomenclature, d'un thesaurus ou d'une classification.

Une nomenclature contient tous les termes et le jargon professionnel des médecins. Un thesaurus est un ensemble de termes tels que figurant dans les encyclopédies ou les enregistrements informatiques, et qui comprend un index étendu et des synonymes.

Une classification est structurée pour ordonner des objets identifiés en classes, selon des critères établis. Les classifications ne comprennent pas nécessairement tous les termes. Lorsqu'ils sont utilisés comme une nomenclature, et que l'on n'y trouve pas les éléments

¹⁰

La CISP a été publiée en 1987. Elle est citée comme la CISP-1. En 1993, elle a été incluse dans une publication au sujet de son usage en Europe. Celle-ci est identifiée comme la CISP-E. La publication de 1998 est identifiée comme la CISP-2. Le terme CISP est utilisé seul quand on fait allusion à son caractère générique.

recherchés des difficultés peuvent survenir. Plusieurs termes d'une nomenclature sont souvent inclus dans une seule rubrique d'une classification et de cette façon, l'usage de codes basé sur une classification ne fournit pas la spécificité recherchée.

La CISP est une classification qui reflète la distribution caractéristique et le contenu de certains aspects des soins primaires. Ce n'est pas une nomenclature. La richesse de la médecine au niveau du patient rend nécessaire une nomenclature et un thesaurus beaucoup plus extensifs que la CISP, particulièrement pour l'enregistrement des détails spécifiques requis dans le dossier du patient. L'utilisation de la CISP, conjointement à la CIM 10 et à d'autres systèmes de classification comme l'ATC, peut fournir les bases de nomenclature et de thesaurus adéquates. Si l'on désire un codage complet, des systèmes de codage plus spécifiques doivent être élaborés. Quoi qu'il en soit, à moins que de tels systèmes de codage soient basés sur une classification appropriée telle que la CISP l'est pour la médecine générale et de famille, il n'est pas possible d'en extraire des données cohérentes à propos d'une population, mais seulement à propos d'individus.

Tout au long des années, il y a eu des frictions dans les relations entre les classifications de soins primaires disponibles (ICHPPC et CISP), et les différentes éditions de la CIM, en raison de problèmes conceptuels et taxinomiques.

Toutefois, la CIM-10 fournit actuellement une nomenclature largement reconnue des maladies et problèmes de santé, et elle convient aux soins primaires. Bien qu'elle ne soit pas l'outil le plus approprié pour un classement des soins primaires^{xvii}, son utilisation avec la CISP comme principe d'ordonnancement ouvre la route à un bon dossier patient informatisé, permettant l'échange des données des patients avec les spécialistes et les hôpitaux.

La CISP-2

Cette deuxième version de la CISP a été préparée pour deux raisons principales. D'abord pour la mettre en relation avec la 10^{ème} version de la CIM, la CIM-10, publiée par l'OMS en 1992^{vii}, puis pour y ajouter les critères d'inclusion et des références croisées pour la plupart des rubriques. Celles-ci sont expliquées au chapitre 6, et détaillées dans la nomenclature au chapitre 10. En raison de la nécessité de stabilité et de consistance, très peu de changements ont été apportés à la classification elle-même, bien que plusieurs changements aient été suggérés, et feront encore l'objet des travaux continus du Comité de Classification de la WONCA. Le retour d'information des utilisateurs est particulièrement nécessaire pour poursuivre ces développements.

La CISP-2 a été soigneusement croisée avec la CIM-10, de façon à pouvoir utiliser les systèmes de conversion (chapitre 11). L'usage extensif de la CISP a confirmé qu'elle et la CIM sont plus complémentaires qu'en compétition. Il est appréciable que la WONCA et l'OMS puissent soutenir conjointement cette nouvelle édition.

Ce livre traite aussi, dans ses chapitres 2 et 5 des bases conceptuelles novatrices de la médecine de famille, bases qui ont émergé suite à la mise en œuvre de cette nouvelle classification.

Cet ouvrage est basé sur l'usage de termes standard, tels que définis dans le glossaire international publié par le Comité de Classification de la WONCA en 1995ⁱⁱⁱ.

Il y est inclus également des informations concernant un certain nombre de nouvelles initiatives en relation avec les classifications. Le formulaire *DUSOI/WONCA* d'évaluation de la gravité permet de coter en termes de gravité soit les problèmes de santé individuels des patients, soit les problèmes de santé combinés (chapitre 7). Les cartes d'évaluation du statut fonctionnel *COOP/WONCA* permettent l'appréciation du statut fonctionnel du patient (chapitre 8).

L'index alphabétique de la nomenclature (chapitre 12) est limité aux termes provenant des titres des rubriques et à leurs termes d'inclusion. Le propos n'est pas d'être exhaustif, mais bien exemplatif (voir chapitre 2).

Les abréviations couramment utilisées dans cet ouvrage sont essentiellement :

NDT	Note du traducteur	S/P	Symptôme ou plainte
NCA	Non classé ailleurs	NP	Non précisé

Les traductions de la CISP

• Disponibilité de la CISP 1 dans différentes langues

La WONCA est une organisation internationale. Elle souhaite promouvoir la traduction de la CISP dans d'autres langues que le français. L'anglais est le langage de travail du Comité de Classification. La CISP a déjà été traduite en 19 langues et le livre lui-même a été publié dans plusieurs pays (Tableau 1)^{xiv}. Le Comité encourage quiconque souhaite promouvoir, entreprendre ou aider aux traductions de la CISP-2 à le contacter pour aménager un travail commun.

• Règlement en matière de traduction du livre CISP-2

- La WONCA se doit d'encourager l'édition du livre en d'autres langues que l'anglais.
- Les traductions doivent comprendre le livre entier, et pas seulement les rubriques.
- Il ne doit pas y avoir de changement à ces rubriques.

Toute extension doit être clairement indiquée comme telle et approuvée par le Comité de Classification de la WONCA, avant toute publication.

- Les traductions doivent être préparées par des traducteurs identifiés travaillant en coopération avec le Comité de Classification de la WONCA. Les standards du Comité doivent être respectés, particulièrement en ce qui concerne les traductions croisées.
- La WONCA détient les droits d'auteur. Elle permet aux organisations traductrices de retenir des droits d'auteur sur leurs versions. Il sera exigé, en ce cas, un accord formel entre la WONCA et les organisations ou éditeurs concernés.

Tableau 1

Basque	Hongrois	Suédois.
Danois*	Italien	
Hollandais*	Japonais*	
Anglais*	Norvégien*	
Allemand	Russe	
Finlandais*	Hébreu	
Portugais*	Sud Africain	
Polonais*	Grec*	
Français*	Espagnol*	

* : une édition du livre existe dans ces langues.

Règlement en matière de droits commerciaux et de copyright

L Erreur ! Source du renvoi introuvable.es droits d'auteur de la CISP, sous forme écrite et électronique, sont détenus par la WONCA. Les principes énoncés ci-dessous concernent la version électronique.

• Objectifs :

- Permettre au Comité de Classification de la WONCA de promouvoir, distribuer et soutenir la CISP-2 et ensuite la développer comme la meilleure classification pour les soins primaires.
- Maintenir la comparabilité des versions de la CISP- 2.
- Obtenir un retour d'information et maintenir un bureau central d'information sur les expériences internationales menée avec la CISP-2
- Mettre en évidence l'initiative et l'expertise de la WONCA en matière de classification.
- Promouvoir la compréhension des liens appropriés entre la CISP-2 et les autres systèmes de classification et de codage et en particulier la CIM-10.
- Encourager l'utilisation de la CISP-2 plutôt que de l'inhiber par des restrictions.
- Obtenir le soutien financier nécessaire à la promotion de ces objectifs, au travail et au développement du Comité de Classification de la WONCA.

● **Règlement concernant la version électronique CISP-2-E**

- La version électronique de la CISP-2, dont l'acronyme est CISP-2-E, doit être rendue disponible dans le plus grand nombre de pays possible.
- Pour être considérées comme des versions WONCA officielles, les versions comportant des additions, traductions ou altérations doivent être faites avec l'accord du Comité de Classification de la WONCA.
- La WONCA donnera licence aux organismes appropriés pour la promotion et la distribution de la CISP-2-E dans tous pays, régions ou groupes linguistiques.
- Des droits d'utilisation peuvent être appliqués à ces organismes aux utilisateurs finaux, et collectés au bénéfice de la WONCA. Le montant des droits sera fixé par négociation et pourra être abandonné lorsqu'il y aura un avantage pour la WONCA à procéder de la sorte, par exemple pour une utilisation en recherche et développement.

Les lecteurs qui souhaitent incorporer la version électronique de la CISP-2 dans leur système informatique, ou développer et utiliser la CISP d'autres façons doivent contacter le Comité de Classification de la WONCA (voir infra).

La CISP-2-E forme en réalité le chapitre 10 ou nomenclature du présent ouvrage et est disponible en téléchargement libre sur Internet à l'adresse du WICC.

Retour d'information de l'utilisateur

Soucieux de continuer le développement de la CISP, le Comité de Classification de la WONCA souhaite pouvoir obtenir des retours d'information du plus grand nombre d'utilisateurs possible. Toute suggestion de clarification, transformation ou extension est la bienvenue. Merci de contacter le membre local du Comité (voir page iv) ou Le Président du WICC à l'adresse suivante :

Locked Bag 11, Collins Street East PO, Melbourne Victoria 8003 Australie
Fax: 61 3 9650 0236 Courriel: wonca@bigpond.com

L'association des utilisateurs francophones de la CISP et le site Internet

L'association des utilisateurs francophones de la CISP est une société sans but lucratif de droit français (association loi 1901), qui se propose de développer et diffuser la Classification Internationale des Soins Primaires parmi ses membres et dans le monde francophone. Le siège de l'association est à Beauvoir-sur-Mer. L'association des utilisateurs francophones de la CISP gère un site Internet qui est dédié à la diffusion de la CISP (<http://www.ulb.ac.be/esp/cisp/>).

Le secrétaire de l'association est contactable

par poste Dr JF Brûlet, F-42110 St Martin Lestra, FRANCE.
par courrier électronique : jean.francois.brulet@freesbee.fr

2. La structure de la CISP

La CISP possède une structure bi-axiale simple : sur un axe, dix-sept chapitres basés sur les systèmes corporels, identifiés par une lettre, sur un second axe, sept composants identiques dont les rubriques portent un nombre (Figure 1Erreur ! Source du renvoi introuvable. et Figure 2Erreur ! Source du renvoi introuvable.).

La CISP possède de bonnes qualités mnémotechniques qui la rendent d'usage aisé pour les médecins.

L'ensemble est présenté sous forme d'une nomenclature (chapitre 10). Les titres des rubriques des composants 1 et 7 sont transcrits au complet pour chaque chapitre. Les titres des rubriques des composants 2 à 6 sont les mêmes pour tous les chapitres et ne sont reproduits qu'une fois.

Chaque rubrique comporte un code à trois caractères, un titre de longueur limitée et les codes des rubriques correspondantes de la CIM-10. La plupart des rubriques offrent aussi les items "inclusion", "exclusion" et "considérer" (voir chapitre 6). On a réduit l'usage des abréviations dont la liste figure page 4. Le mot "multiple" utilisé dans la CISP signifie trois ou plus.

L'index alphabétique de la nomenclature (chapitre 13) contient les termes de tous les titres des rubriques et de leurs inclusions. Il ne se veut pas exhaustif : les termes inclus le sont au vu de leur importance en soins primaires. L'index de la CIM-10 permettra de retrouver les termes non-inclus. Les rubriques de la CIM-10 et les tables de conversion (chapitre 11) permettront de trouver la rubrique CISP.

Des thesaurus sous forme électronique ont été développés dans plusieurs pays, mais il n'existe encore aucune version internationale certifiée.

Figure 1 *Erreur ! Source du renvoi introuvable.*

La structure de la CISP : 17 chapitres et 7 composants

[illegible]

Bien que la CISP soit suffisamment globale pour permettre le classement des principaux éléments des soins primaires, elle présente encore quelques limites. Les rubriques des composants 2 à 6, couvrant les procédures de soins, sont très larges et non spécifiques. Une classification des médicaments a été développée et publiée^{xviii} pour une étude européenne mais n'est pas formellement incluse dans la CISP. La CISP n'inclut pas les faits objectifs trouvés lors de l'examen physique ou à la suite d'investigations. Tout cela est matière à développement ultérieur.

Figure 2Erreur ! Source du renvoi introuvable.

Les chapitres et les composants de la CISP

• Chapitres	• Composants
Un code alphanumérique (sur base de la langue anglaise) est utilisé si possible.	
A Général et non-spécifique	1 Composant des plaintes et symptômes
B Sang, organes hématopoïétiques et appareil immunitaire (rate, moëlle osseuse) (<i>Blood, sang</i>)	2 Composant diagnostique, de prévention et de dépistage
D Digestif	3 Composant des médicaments, des traitements et des procédures thérapeutiques
F Œil	4 Composant des résultats d'examens
H Oreille (<i>Hearing, audition</i>)	5 Composant administratif
K Circulatoire	6 Références et autres raisons de rencontre
L Ostéomusculaire (<i>Locomotion</i>)	7 Composant des diagnostics et des maladies:
N Neurologique	§ Maladies infectieuses
P Psychologique	§ Tumeurs
R Respiratoire	§ Lésions traumatiques
S Peau (<i>Skin, peau</i>)	§ Anomalies congénitales
T Endocrine, métabolisme, nutrition	§ autres
U Urologie	
W Grossesse, planning familial (<i>Woman, femme</i>)	
X Génital féminin (<i>chromosome X</i>)	
Y Génital masculin (<i>chromosome Y</i>)	
Z Problèmes sociaux	

Rubriques résiduelles

Des rubriques résiduelles ("fourre-tout") se retrouvent à la fin de chaque section ou sous-section. Leur libellé inclut le mot "autre". Les mots "non classé ailleurs" (NCA) sont applicables à chaque terme de ces rubriques.

Un bon usage de la classification implique une connaissance des limites de chaque section et sous-section. En cas de doute, consulter l'index alphabétique.

Un usage pratique des données de morbidité et de diagnostic

Jusqu'à récemment, on utilisait les classifications essentiellement pour collecter des données statistiques sanitaires et pour formuler des règlements.

Le dossier médical informatisé a permis d'en étendre l'usage à l'organisation et à l'enregistrement de données collectées lors des contacts cliniques de routine.

Ces données sont nécessaires tant comme élément du dossier médical que pour en tirer des statistiques sanitaires. Les exigences de classification et de codage diffèrent en fonction de ces deux objectifs.

Les dossiers médicaux des patients exigent le plus de détails spécifiques possibles.

Les statistiques sanitaires requièrent une agrégation systématique des données en

catégories, selon leur fréquence ou leur importance pour la politique de santé.

La CISP a été développée pour ce deuxième objectif et doit être modifiée pour le codage des données dans le dossier médical.

Extension hiérarchique optionnelle

Aucune classification internationale unique ne peut convenir à tous les utilisateurs. Afin de pouvoir séparer les différents problèmes contenus dans une seule rubrique, il est possible d'ouvrir les codes selon le principe de la hiérarchie optionnelle, en ajoutant une extension au code CISP. Cette possibilité permet par exemple de s'adapter à une incidence élevée d'une situation donnée dans un secteur géographique, ou de répondre à l'intérêt particulier du codeur pour un point précis.

Les extensions doivent se conformer aux usages en vigueur dans la CIM-10, ou bien les codes CIM-10 eux-mêmes doivent être utilisés comme code d'ouverture, de façon à maintenir au maximum la comparabilité entre les deux systèmes de codage.

Exemples :

L72 Fracture du radius ou du cubitus

L72.1 Fracture de Pouteau-Colles

L72.2 Fracture du cubitus

L72.3 Fracture du radius

Une telle ouverture de code a été réalisée en français dans le LOCAS¹¹, terminologie classifiée à usage informatique.

Gravité de la maladie et statut fonctionnel

L'information concernant la gravité de la maladie et l'évaluation du statut fonctionnel du patient peut être enregistrée conjointement à l'usage de la CISP.

L'index de gravité de maladie DUSOI/WONCA peut être combiné aux rubriques de la CISP, tant pour un problème de santé isolé que de façon cumulée, pour indiquer la gravité des problèmes de santé intriqués d'un patient (chapitre 7).

L'évaluation du système fonctionnel COOP/WONCA s'applique au patient indépendamment de ses problèmes de santé (chapitre 8).

¹¹ LOCAS : Logiciel de Codage et d'Acquisition de Synonymes, Care Editions, Waterloo

3. L'épisode de soins : un concept central en médecine générale et de famille

L'évolution des besoins de classifications et de leur utilisation en soins primaires s'est poursuivie depuis la publication de la première version de l'ICPC en 1987.

Collecter des données pour la recherche et l'organisation des soins était alors l'objectif central. Ce dernier s'est élargi depuis. Les données de la recherche et l'expérience pratique acquises grâce à la CISP, associées à l'émergence de nouveaux concepts en médecine générale et de famille ont ouvert la voie à de nouvelles applications.

Les plus importantes de ces nouvelles applications de la CISP sont la description de la structure des épisodes de soins et l'utilisation de la CISP dans les dossiers médicaux informatisés. Les deux sont fortement associées et sont la conséquence logique de l'utilisation de la CISP comme principe ordonnateur de la collecte des données des patients.

La définition de la médecine générale et de famille par la WONCA évoque "un médecin qui fournit des soins de santé primaires globaux, personnels et continus à des individus ou des familles"^{xix}. Ceci est fort proche de la nouvelle définition de l'Institut de Médecine des Etats-Unis (IOM)¹² : "Les soins primaires sont la fourniture de services de soins de santé intégrés et accessibles par des cliniciens responsables de la prise en charge de la grande majorité des besoins de santé personnels. Ceux-ci développent un partenariat soutenu avec les patients et pratiquent dans le contexte de la famille et de la collectivité"^{xx}.

L'épisode de soins

On a rendu les définitions de la CISP opérationnelles en choisissant "l'épisode de soins" comme l'élément clé d'évaluation. Il y a lieu de distinguer les épisodes de soins des épisodes de maladie dans la population.

Un épisode de soins est formé par un problème de santé ou une maladie depuis sa première présentation à un dispensateur de soins de santé jusqu'à l'achèvement de la dernière rencontre pour ce même problème de santé ou maladie (Figure 3 **Erreur ! Source du renvoi introuvable.**)ⁱⁱⁱ.

Les raisons de rencontre, les problèmes de santé ou diagnostics, les processus de soins ou interventions, forment le noyau d'un épisode de soins constitué d'une ou plusieurs rencontres, y compris les modifications dans leur relation au décours du temps ("transition"). En conséquence, un épisode de soins comprend tous les soins fournis pour un problème de santé précis d'un patient en particulier.

Lorsque les épisodes de soins sont classifiés selon la CISP dans un dossier médical informatisé, il est possible d'évaluer la grande majorité des "besoins de santé personnels", la "globalité", le degré "d'intégration", "l'accessibilité" et la "responsabilité".

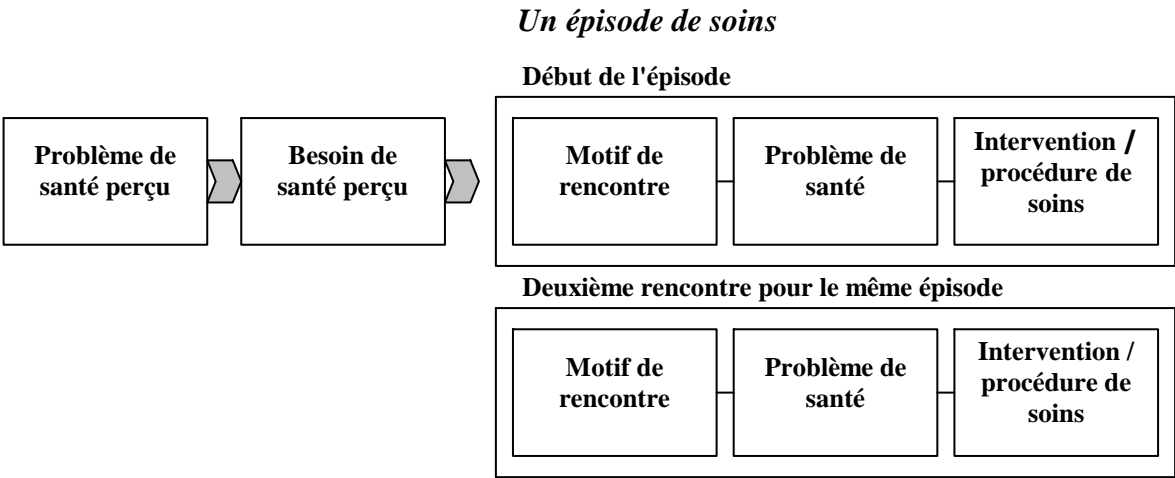
L'usage du concept d'épisode de soins a été démontré dans l'étude européenne utilisant la CISP^{tv}. Cette étude a permis de mettre en évidence les similarités et différences des caractéristiques épidémiologiques et cliniques entre différents sites.

On a démontré que le concept de "motif de rencontre" est une démarche innovante et

¹² IOM: Institute of Medicine

pratique qui permet la perception de la demande de soins du patient. Il existe un fort coefficient de corrélation entre le motif de rencontre codé par le médecin à la consultation et le motif de rencontre du patient réévalué par un tiers à l'issue de la consultation. Le nouveau glossaire international en soins primaires (chapitre 12) définit le contenu de la médecine générale et de famille, donne les règles pour structurer les épisodes selon la CISP et permet des relevés épidémiologiques uniformes comparables entre différents pays¹⁹.

Figure 3Erreur ! Source du renvoi introuvable.



Motif de rencontre

L'utilité du motif de rencontre¹³ comme source d'information pour la prise en charge du patient, ainsi que pour la recherche et l'éducation ne fait plus guère de doute. Ceci se voit clairement à l'analyse des données épidémiologiques extraites du projet néerlandais "Transition". Ces données sont présentées sous la forme d'une sortie analytique standardisée selon les règles du glossaireⁱⁱⁱ. Commencer par le motif de rencontre permet de déterminer les probabilités d'émergence des problèmes de santé, au début ou au cours du suivi d'un épisode, en fonction de l'âge et du sexe. Ainsi, la liste des dix premiers problèmes corrélés à la toux au début d'un épisode montre les différences cliniquement importantes entre les enfants du groupe d'âge 5-14 ans et les hommes du groupe d'âge 65-74 ans (Tableau 2).

Tableau 2

Intitulés des dix premiers épisodes débutant par la toux R05 comme motif de rencontre (Probabilités à priori).									
Enfants âgés de 5 à 14 ans (N=1267)					Hommes âgés de 65 à 74 ans (N =646)				
R74	IVRS (rhume)	4563	5,6%		R78	Bronchite aiguë / bronchiolite	256	39,1%	
R78	Bronchite aiguë, bronchiolite	261	20,4%		R74	IVRS (rhume)	155	23,7%	
R05	Toux	159	12,4%		R05	Toux	65	9,9%	
R77	Laryngite aiguë / trachéite	110	8,6%		R77	Laryngite aiguë / trachéite	45	6,9%	
A77	Autre maladie virale NCA	54	4,2%		R75	Sinusite aiguë / chronique	22	3,4%	
R96	Asthme	40	3,1%		K77	Décompensation cardiaque	15	2,3%	
R81	Pneumonie	33	2,6%		R96	Asthme	13	2,0%	
R75	Sinusite aiguë / chronique	30	2,3%		R91	Bronchite chronique	12	1,8%	
R80	Influenza sans pneumonie	24	1,9%		R81	Pneumonie	10	1,5%	
R71	Coqueluche	22	1,7%		R95	Emphysème / BPCO	9	1,4%	
Total des dix premiers		1189	92,8%		Total des dix premiers		602	92,0%	

Source : Projet "Transition", rapporté par Hofmann-Okkes et Lambertsⁱⁱⁱ (ICPC version 1987)

¹³ En anglais RFE, Reason For Encounter.

Une autre procédure est également pertinente du point de vue clinique. Quelle est la comorbidité de tel ou tel problème de santé ? Autrement dit quels ont été les autres problèmes de santé rencontrés au début et pendant le suivi de tel ou tel problème dans chaque groupe standardisé selon l'âge et le sexe ? Ceci est illustré pour la bronchite aiguë (Tableau 3). Ces tableaux éclairent des particularités cliniques à un point inimaginable à ce jour.

Tableau 3
Comorbidité des patients présentant un épisode **R78 (bronchite aiguë / bronchiolite)**

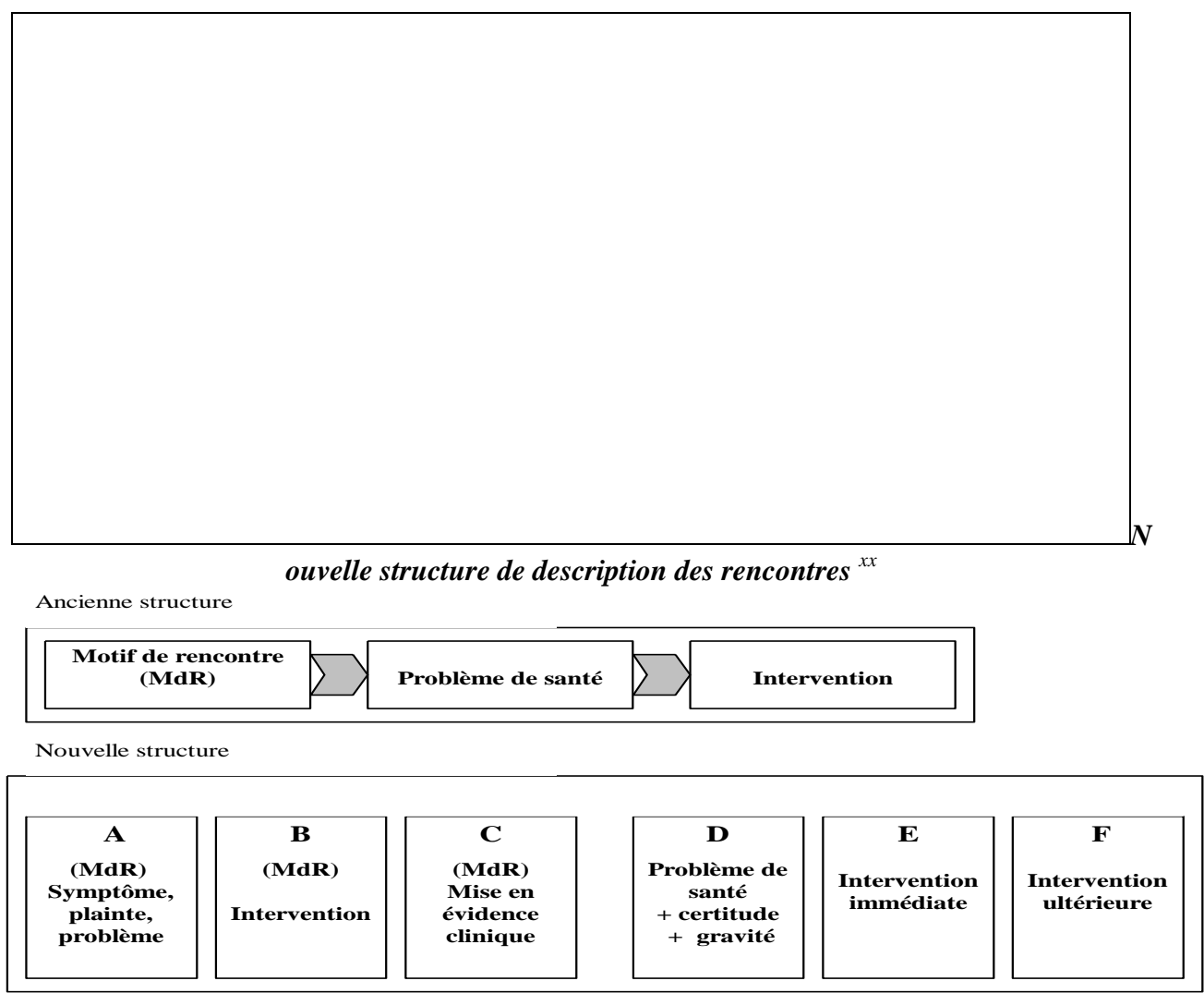
Enfants âgés de 5 à 14 ans (N=329)			Hommes âgés de 65 à 74 ans (N =350)		
R74 IVRS (rhume)	90	9.6%	R78 Bronchite aiguë / bronchiolite	72	4.7%
H71 Otite moyenne aiguë / myringite	57	6.1%	A97 Pas de maladie	56	3.7%
R78 Bronchite aiguë / bronchiolite	48	5.1%	R95 Emphysème / BPCO	47	3.1%
R96 Asthme	37	3.9%	K86 Hypertension non compliquée	46	3.0%
A97 Pas de maladie	32	3.4%	R74 IVRS (rhume)	46	3.0%
S03 Verrues	29	3.1%	K77 Décompensation cardiaque	35	2.3%
A77 Autres maladies virales NCA	21	2.2%	A85 Effet secondaire médicament, dose correcte	30	2.0%
R76 Angine aiguë	20	2.1%	H81 Excès de cérumen	30	2.0%
S18 Plaie / blessure	20	2.1%	K76 Autre cardiopathie ischémique chronique	30	2.0%
D73 Infection gastro-intestinale présumée	17	1.8%	T90 Diabète sucré	25	1.6%
Total des dix premiers	371	39.6%	Total des dix premiers	417	27.4%

Nombre moyen d'épisodes de comorbidité = 4.3
Source : Projet "Transition", rapporté par Hofmann-Okkes et Lambertsⁱⁱⁱ (ICPC version 1987)
Episodes de comorbidité par 100 patients avec R78.

Le problème de santé, diagnostic

Le problème de santé parfois encore appelé diagnostic, est au centre de l'épisode de soins et lui donne son nom. De nombreux problèmes de santé constituent de fait des diagnostics médicaux. Beaucoup d'autres forment des états tels la peur d'une maladie, des symptômes, des plaintes, des invalidités ou un besoin de soins comme la vaccination. La CISP les inclut tous. Lors d'un contact, on qualifiera le problème de santé selon son statut, sa gravité ou selon le degré de certitude du médecin qui pose le diagnostic.

Figure 4**Erreur ! Source du renvoi introuvable.**



Le statut de l'épisode lors du contact peut être précisé. Il peut s'agir d'un nouveau problème pour le patient et le médecin, d'un nouveau problème pour le médecin mais déjà traité en dehors de son champ d'activités, ou d'un problème ancien dans le cas des rencontres de suivi (Figure 4**Erreur ! Source du renvoi introuvable. Erreur ! Source du renvoi introuvable.**D).

Un bon dossier médical informatisé doit prévenir le dispensateur lorsqu'il essaie d'entrer une rencontre de suivi pour un épisode qui n'existe pas encore dans la base de données ou si on tente d'en initier un nouveau alors qu'un épisode pareillement intitulé existe déjà. Ceci est évidemment vital pour assurer la qualité des enregistrements quotidiens.

L'appréciation du degré de certitude du diagnostic par le médecin est un autre aspect de l'épisode de soins. La gradation de certain à incertain n'a pas encore été soumise à standardisation. Les critères d'utilisation des rubriques, inclus dans le présent ouvrage, aideront toutefois à uniformiser le choix de l'intitulé de l'épisode par chaque dispensateur. Des écrans adéquats permettront la visualisation de ces options au moment du codage dans les dossiers médicaux informatisés. La gravité, troisième qualification de l'épisode de soins, est abordée au chapitre 7.

Les patients qui présentent des problèmes de santé et des épisodes de soins multiples sont le lot commun en soins primaires. Un bon système de données doit permettre la visualisation de ceux-ci et fournir des données de comorbidité (Tableau 3).

Les interventions ou procédures de soins

Le code CISP à trois caractères est peu spécifique mais suffit généralement pour classer les interventions immédiates. Un code médicaments est bien sûr nécessaire lorsqu'on prescrit. En raison du nombre de médicaments concernés et des particularités des marchés nationaux, aucun code international approprié n'est encore

disponible. En Europe, on a produit un code CISP des médicaments, ATC, compatible, de grande valeur et qui pourrait être plus largement adopté^{xlii}.

Les dossiers des patients

Le noyau du dossier médical du patient est constitué par les données codées selon la CISP, celle-ci étant indépendante de la langue utilisée. Ceci amplifie l'usage des dossiers aux fins de comparer les données de différents pays. C'est aussi une façon de soutenir l'expansion de la médecine générale et de famille en tant que discipline mature, solide et empirique. La CISP est disponible en dix-neuf langues. Le nombre de traductions de la CIM-10 avec son index alphabétique s'en va croissant. Ces deux faits permettront aux médecins de famille de nombreux pays d'incorporer à leur système un thesaurus détaillé spécifique de leur langue.

En même temps et grâce à la CISP, ils pourront systématiquement structurer de façon plus standardisée leurs dossiers et banques de données.

Développements ultérieurs

Les trois éléments de base de la rencontre codables par la CISP (le motif de rencontre, le problème de santé, les procédures) (Figure 3Erreur ! Source du renvoi introuvable.), ont été ouverts en six options (A-F) d'entrée de données (Figure 4Erreur ! Source du renvoi introuvable.)^{xix}.

Le motif de rencontre est enregistré en deux parties : les symptômes et plaintes du patient et ses demandes d'intervention. Les faits cliniques mis à jour par le médecin sous forme de symptômes ou plaintes sont enregistrés en sus de ceux présentés comme raisons de rencontre. Les interventions ou procédures de soins sont enregistrées comme immédiates (celles réalisées pendant la rencontre) ou ultérieures (celles à réaliser plus tard).

Ces notions, mises en œuvre notamment aux Pays-Bas, ont confirmé l'utilité du concept de motif de rencontre. Ce dernier, de même que ceux de problème de santé, diagnostic et procédures de soins ont pu en être affinés.

L'usage du motif de rencontre pour estimer les probabilités a priori est vraiment utile. Il ne l'est que plus lorsque les raisons fournies par le patient telles la toux, la dyspnée, la fièvre, l'expectoration anormale, ou le sifflement respiratoire (Figure 4Erreur ! Source du renvoi introuvable. A) sont discernables des faits cliniques relevés par le médecin à l'anamnèse.

La CISP comprend plus de 200 symptômes et plaintes, disponibles tant pour les motifs de rencontre que pour les faits cliniques. Ces deux utilisations peuvent être incorporées dans la structure des contacts et des épisodes d'un dossier patient informatisé (Figure 4Erreur ! Source du renvoi introuvable. A et C). Il faut toutefois noter que la CISP n'inclut pas de classification des découvertes objectives.

La scission entre les symptômes relevés par l'anamnèse et ceux exprimés par le patient permet un calcul détaillé, global ou séparé des probabilités a priori.

Il faut distinguer les motifs de rencontre exprimées sous forme de symptômes, plaintes ou problèmes de santé (diagnostics) et celles exprimées sous forme de demandes d'intervention telles la prescription, une radio, un renvoi ou un avis (Figure 4Erreur ! Source du renvoi introuvable. A et B).

La demande pour un certain type d'intervention est souvent suivie de la réalisation de celle-ci. Lorsque les patients demandent un médicament ou une analyse de sang, ils l'obtiennentⁱⁱⁱ.

Puisque les patients influencent activement les soins prodigués par les médecins généraliste et de famille, il est important de pouvoir le documenter explicitement. Cela permet aussi de saisir mieux l'adéquation.

Les systèmes d'enregistrement doivent être capables de distinguer les procédures diagnostiques et thérapeutiques réalisées au moment même de celles à faire

ultérieurement (Figure 4Erreur ! Source du renvoi introuvable. F).

La différence entre ce qui est réellement fait par le médecin de famille au moment du contact et ce qui va être fait ensuite est importante pour l'analyse de l'utilisation des données, des variations entre médecins, et de leurs explications.

Ils permettent aussi une meilleure compréhension du glissement depuis les probabilités a priori de la première rencontre d'un épisode de soins aux probabilités a posteriori lors du suivi^{xix}.

L'enregistrement des interventions subséquentes demande une classification des procédures plus spécifique que la CISP. Ce développement fait partie des activités actuelles du Comité de Classification de la WONCA.

4. Utilisation de la CISP pour enregistrer le motif de rencontre

Selon le type d'information récoltée, motif de rencontre, problème de santé ou intervention, les procédures de codage d'information suivant la CISP peuvent varier quelque peu. La stabilité des enregistrements et la nécessité d'une bonne comparabilité entre les centres de codage demande le respect de standards qui sont abordés ci-dessous.

Motif de rencontre

Le dispensateur de soins primaires doit identifier et clarifier le motif de rencontre tel qu'exprimé par le patient, sans poser de jugement au sujet de la correction ou la précision de la raison fournie. Cette façon d'utiliser la classification répond à trois principes :

- Le motif de rencontre doit être compris et faire l'objet d'un consensus entre le patient et le dispensateur. Il doit être reconnu par le patient comme une description acceptable de son problème.
- La rubrique de la CISP choisie doit être aussi proche que possible de la verbalisation originale de la raison donnée par le patient. L'apport du dispensateur doit être nul ou minimal. Cependant, et afin d'appliquer la rubrique de la classification la plus appropriée, il est nécessaire de clarifier le motif de rencontre du patient en tenant compte de la structure de la CISP.
- Les critères d'inclusion repris sous les rubriques et qui servent à l'enregistrement des problèmes de santé/diagnostics ne doivent PAS être utilisés. En effet, le motif de rencontre doit être présenté selon le point de vue du patient, et basé entièrement sur sa verbalisation.

La façon dont un patient exprime son ou ses motifs de rencontre détermine le chapitre et le composant à employer (Figure 1 **Erreur ! Source du renvoi introuvable.** et Figure 2 **Erreur ! Source du renvoi introuvable.**). On peut utiliser l'ensemble de la classification, étant donné que les patients peuvent décrire leur raison d'obtenir des soins sous la forme de symptômes ou plaintes, de demandes de services ou de diagnostics.

Choisir le code du chapitre

Pour coder le motif de rencontre, il faut d'abord choisir le chapitre ou système organique approprié, et assigner la lettre adéquate. Ensuite, il faut choisir le chiffre à deux caractères dans le composant adéquat de type symptôme ou plainte, intervention ou diagnostic.

S'il y a incertitude sur le chapitre ou le composant à mettre en oeuvre pour tel motif de rencontre, on se référera à l'index alphabétique. On utilisera le chapitre A dans le cas où le motif de rencontre se rapporte à un système corporel non spécifique ou à plusieurs systèmes.

Enregistrer le motif de rencontre selon la CISP implique la mise en oeuvre de quatre règles pour les chapitres, et de trois règles pour les composants. Ces règles, ainsi que des exemples d'applications, sont décrites ci-dessous.

Règle 1

Le motif de rencontre doit être codé de la façon la plus spécifique possible, et peut faire l'objet d'une clarification entre le dispensateur et le patient.

Exemple

La douleur thoracique peut être codée A11 (douleur thoracique non précisée), K01 (douleur attribuée au cœur), R01 (douleur respiratoire) ou L04 (symptômes, plaintes du thorax). La sélection adéquate ne se base pas sur l'opinion du dispensateur ni sur le type de douleur thoracique, mais plutôt sur la façon dont le patient exprime son ou ses motifs de rencontre, alors que le dispensateur demande une clarification.

"Toute ma poitrine me fait mal..."	→ A11
"J'ai mal à la poitrine quand je tousse..."	→ R01
"J'ai mal à la poitrine... Je pense que c'est le cœur..."	→ K01
"J'ai eu mal à la poitrine après être tombé dans les escaliers..."	→ L04

Règle 2

Si le patient emploie une verbalisation spécifique, se référer à ses termes.

Exemple

La jaunisse, sous la forme d'un terme diagnostic descriptif, se retrouve au chapitre D (digestif). Le patient peut toutefois présenter ce symptôme comme une décoloration de la peau (chapitre S). Si le patient verbalise le problème comme "jaunisse", le code CISP sera D13. Cependant, si le patient dit "ma peau est devenue jaune", le code correct sera S08, même si le dispensateur envisage le diagnostic de l'une ou l'autre forme d'hépatite.

Règle 3

Lorsque le patient n'est pas capable de décrire sa plainte, le motif donné par l'accompagnateur vaudra pour celle du patient lui-même (une mère pour son enfant ou un membre de la famille pour un patient inconscient).

Règle 4

Quel qu'il soit, tout problème verbalisé par le patient doit être enregistré en tant que motif de rencontre. Un codage multiple est requis si le patient donne plus d'un motif. Il faut coder tous les motifs, à quelque stade de la rencontre qu'ils soient verbalisés.

Exemple

"J'ai besoin de mes comprimés pour la tension. Il y a aussi mes seins qui sont sensibles et qui me font mal" K50 X18. Si, plus tard, le patient demande "Qu'est-ce que c'est cette boule sur ma peau ?", il faut aussi le coder comme motif de rencontre S04.

Choix du code du composant***1. Symptômes et plaintes***

C'est sous forme de symptômes et plaintes que les patients s'expriment le plus habituellement lorsqu'ils demandent des soins de santé.^{xv,xvii,xxxiii,xxxiv} De ce fait, on s'attend à un usage extensif du composant 1 (symptômes et plaintes). Ces symptômes sont spécifiques pour chaque chapitre ; la nausée est au chapitre digestif (DO9), tandis que le l'éternuement (R07) figure au chapitre respiratoire.

La plupart des entrées de ce composant sont spécifiques des symptômes du chapitre concerné. Une certaine standardisation a toutefois été introduite.

Dans tous les chapitres, sauf psychologique et social, la ou les premières rubriques se rapportent au symptôme douleur. La douleur d'oreille (H01) et le mal de tête (N01) en sont des exemples. Pour le composant 1, il y a aussi quatre rubriques standard pour chaque chapitre, qui sont :

- 26 : Peur du cancer
- 27 : Peur d'avoir une maladie ou une anomalie
- 28 : Fonction limitée / invalidité
- 29 : Autres symptômes / plaintes

Les codes –26 et –27, et parfois certains autres, sont d'usage lorsqu'un patient exprime ses préoccupations ou sa peur du cancer, ou de tout autre anomalie ou maladie.

Exemples :

"J'ai peur d'avoir une tuberculose"	→ A27
"Je crains d'avoir un cancer du sein"	→ X26
"J'ai peur d'avoir une maladie sexuellement transmissible"	

→ Y25(homme) ou X23 (femme)

Même si le dispensateur pense qu'une telle peur exprimée est non fondée ou illogique, elle constitue le motif de rencontre du patient.

La rubrique –28 est utilisée lorsque le motif de rencontre du patient est exprimé en termes d'une invalidité qui affecte les activités quotidiennes et la fonction sociale.

Exemples

"Je ne peux pas monter les escaliers à cause de ce plâtre qu'on m'a mis pour ma fracture de cheville"

→ L28 (composant 1) et L76 (composant 7).

"Je ne peux travailler au bureau parce que je ne peux m'asseoir longtemps à cause de mes hémorroïdes"

→ K28 (composant 1) et K96 (composant 7).

Pour chaque chapitre, le code de composant –29 sert de rubrique résiduelle ou de "fourre-tout" pour les symptômes et plaintes.

Cette rubrique contient les symptômes et plaintes peu fréquents et inhabituels, qui n'ont pas de rubrique propre. Elle est aussi appropriée pour les symptômes et plaintes qui ne sont pas exprimés clairement. On vérifiera l'index pour les éventuels synonymes avant d'utiliser cette rubrique.

2. Procédures diagnostiques, préventives et de dépistage

Ce concept fait référence à la demande de certaines procédures par le patient, telle que :

"Je suis là pour une prise de sang" (–34).

Le patient peut demander une procédure particulière en relation avec un problème déterminé ou une demande simple, comme :

"Je voudrais que le médecin écoute mon cœur" → K31

"Il me semble que je dois faire une analyse d'urine" → –35

"Je viens pour les résultats de mes radios" → –60

"C'est pour un vaccin" → –44

Pour choisir le code alphanumérique adéquat, le dispensateur vérifie les fondements sur lesquels se base le patient pour arriver à la conclusion qu'il doit avoir une analyse d'urine. Si c'est en raison d'une infection vésicale potentielle, le code sera U35, si c'est en raison de diabète, on choisira T35. S'il s'agit des résultats d'un lavement baryté, ce sera D60. Une demande de vaccination rubéole sera codée A44.

3. Médicaments, traitement, procédures thérapeutiques

On utilisera ces rubriques comme motif de rencontre lorsque le patient demande un traitement ou s'il revient sur instruction du médecin pour un traitement, une procédure ou un médicament spécifique. Le dispensateur se voit souvent obligé de clarifier la demande pour identifier le code approprié.

Exemples

"Je viens pour mes médicaments" (–50).

Si le patient exprime la raison de la prise de médicaments ou si le dispensateur en connaît la raison, choisir le code adéquat. Par exemple, une demande de médicaments en raison d'une infection sinusale déterminera l'emploi du code R50.

"Je viens pour enlever mon plâtre" (–54). S'il est évident que, en l'occurrence, le patient a une fracture du bras gauche, le code alphabétique correct sera L.

"On m'a dit de revenir aujourd'hui enlever les agrafes" (–54).

Bien qu'à première vue, on pourrait penser que l'enlèvement de fils soit toujours au chapitre S, le patient peut venir faire enlever une suture des paupières (F54) ou des suites d'une intervention pour phimosis (Y54).

4. Résultats d'examens

Ce composant sera utilisé lorsque le patient demande spécifiquement les résultats d'examens. Que les résultats soient négatifs n'affecte pas la façon d'employer ce composant. Le patient s'enquerra souvent de ses résultats et de leurs conséquences, et voudra plus d'informations à propos du problème sous-jacent. Dans ce cas, considérer

l'usage d'un code additionnel (–45) (éducation pour la santé, avis).

Exemples

"Je viens pour les résultats de mon analyse de sang"

Si l'analyse a été faite pour une anémie, coder B60, pour les lipides, T60, pour un problème non spécifié, A60.

"Je veux savoir ce qu'ils ont vu sur les radios d'estomac de la semaine passée" (D60).

"On m'a dit de passer prendre les résultats de mon examen d'urine et de les porter chez l'urologue. Je veux aussi savoir ce qu'il fera et à quels examens ou traitements je dois m'attendre (U60, U45).

5. Administratif

Les raisons administratives de rencontre avec le système de soins incluent les examens demandés par un tiers (quelqu'un d'autre que le patient), les formulaires d'assurances à remplir, ainsi que les discussions concernant le transfert des dossiers.

Exemples

"Il me faut compléter ce formulaire d'assurances" (A62).

"Ma fracture est guérie et j'ai besoin d'un certificat de reprise de travail" (L62).

6. Références et autres motifs de rencontre

Si le patient souhaite un renvoi vers un autre dispensateur, considérer –66, –67 ou –68. Si le patient annonce qu'on lui a dit de venir, vous ou un tiers, utiliser –63 ou –65. Lorsqu'un dispensateur initie un nouvel épisode ou prend l'initiative d'un suivi pour un épisode préexistant tel que l'hypertension, l'obésité, l'alcoolisme ou le tabagisme, on codera –64.

Exemple

Un patient vient se faire enlever un bouchon de cérumen qui lui donnait une sensation d'oreille bouchée. On lui prend la tension et il s'entend conseiller de ne plus fumer.

Les motifs de rencontre, ainsi que les problèmes de santé et procédures correspondantes seraient notés comme suit :

H13 (sensation d'oreille bouchée), H81 (cérumen), H51 (enlever cérumen).

K64 (prise de la tension à l'initiative du dispensateur), K85 (pression élevée), K31 (vérification de la pression sanguine).

P64 (ce problème est discuté à l'initiative du dispensateur), P17 (tabagisme), P45 (conseil de ne plus fumer).

7. Diagnostic / maladie

Ce n'est que lorsque le patient exprime son motif de rencontre sous forme d'un diagnostic ou maladie qu'il doit être codé au moyen du composant 7.

Le motif de rencontre d'un patient connu comme diabétique mais qui vient se plaindre de fatigue ne doit pas être codée comme diabète, mais tel que le problème est exprimé : fatigue (A04).

Cependant, si le patient dit qu'il vient pour son diabète, le diagnostic diabète doit être codé comme motif de rencontre (T90).

Si le patient verbalise son motif de rencontre sous la forme d'un diagnostic que le dispensateur sait erroné, il faudra coder ce motif de rencontre "erroné" plutôt que celui "correct" du médecin ; par exemple un patient qui se présente avec le motif de rencontre "migraine", alors que le dispensateur sait qu'il s'agit de céphalées de tension ou bien un patient connu pour avoir des polypes nasaux et qui vient se présenter pour un rhume des foins.

Exemples

"Je suis ici pour mon hypertension" (K86).

"Je viens chaque mois pour mon arthrite de hanche" (L89).

Règles pour les composants

Les règles suivantes pour chaque composant en renforceront la description.

Règle 1

Si un tiret (–) précède un code, choisir la lettre du chapitre. Utiliser A si aucun chapitre spécifique ne peut être choisi ou si plusieurs chapitres sont impliqués. Tous les codes doivent commencer par le code alphabétique pour être complets.

Exemple

La biopsie se code –52, du système digestif D52, de la peau S52. Un médicament prescrit sera –50. Une demande de médicament pour l'estomac sera codée D50.

Règle 2

Les rubriques de plus d'un composant, ou plus d'une rubrique du même composant, peuvent être employées lors de la même rencontre si le patient amène plus d'un motif de rencontre.

Exemple

"J'ai mal au ventre depuis la nuit dernière et j'ai vomi plusieurs fois" D01, D10.

"J'ai un peu mal au ventre et je crois que j'ai une appendicite" D06, D88.

5. Utilisation de la CISP pour enregistrer les problèmes de santé et les actes médicaux.

Les problèmes de santé

La CISP peut être utilisée pour enregistrer l'appréciation des problèmes de santé du patient par le professionnel de santé. Ceci se fait généralement en termes de symptômes et plaintes ou de diagnostics repris au composant 1 ou au composant 7. Ce dernier composant est basé sur la liste des maladies, lésions et problèmes de santé relevés dans la Classification Internationale des Maladies (CIM), mais n'inclut que celles qui sont fréquentes ou importantes en soins primaires.

Beaucoup de problèmes de santé gérés en soins primaires ne peuvent être classés en termes de maladies ou blessures. Il peut s'agir des symptômes et plaintes décrites dans le composant 1 ou de procédures décrites dans les composants 2 à 6. Parfois même, il n'y a pas de problème de santé apparent entraînant un épisode de soins, comme par exemple lorsqu'il s'agit d'une demande de vaccination, d'un prélèvement ou de conseils. Ces épisodes peuvent être codifiés dans les rubriques A97 : pas de maladie ou A98 : gestion de la santé / médecine préventive.

Dans les composants 1 et 7, les codes CIM-10 correspondants sont donnés pour chaque rubrique. Dans certains cas, il y a une correspondance exacte, mais souvent, il y a plusieurs codes CIM-10 pour une seule rubrique CISP-2. La structure complète de la conversion est donnée au chapitre 10.

Pour améliorer la qualité du codage la plupart des rubriques du composant 7 comportent des critères d'inclusion explicités au chapitre 6.

Les rubriques des composants 1 et 7 (mais pas celles de 2 à 6) comportent le plus souvent des informations plus détaillées sous forme de critères d'inclusion, d'exclusion ou de considérations.

Les critères d'inclusion sont des synonymes ou descripteurs proches. Les critères d'exclusion sont des items similaires à coder ailleurs. Les considérations sont des codes qu'on pourrait éventuellement retenir pour le problème en question.

• Règles générales pour la codification de problèmes de santé

Les professionnels de santé peuvent enregistrer, au cours de chaque rencontre, l'éventail complet des problèmes traités, incluant les problèmes organiques, psychologiques et sociaux, organisés sous forme d'épisodes de soins. L'enregistrement doit être réalisé au niveau le plus élevé possible de certitude diagnostique qui corresponde aux critères d'inclusion de la rubrique.

Dans tout système de gestion des données, il est impératif de disposer de critères clairs et spécifiques de la démarche d'enregistrement tant des problèmes de santé que des épisodes de soins.

Cela s'applique particulièrement au choix entre la condition initiale et les manifestations secondaires, dans la mesure où les deux peuvent correspondre à une rubrique différente dans la classification. Par exemple : un patient souffrant de cardiopathie ischémique peut aussi présenter une fibrillation auriculaire et une anxiété résultante. Il faut toujours spécifier les manifestations ayant besoin d'un traitement différent comme des épisodes de soins autonomes et dans cet exemple il faut enregistrer la fibrillation auriculaire et l'anxiété comme des épisodes de soins séparés.

Certains contacts sont limités au codage issu des composants 1 et 7. D'autres permettent aussi des codes de procédures, issus des composants 2 à 6, par exemple, si un patient vient pour une vaccination antitétanique sans être blessé, le problème peut être codé par A98 et la procédure N44 (vaccination tétanos).

Dans la CISP, la localisation du système corporel concerné a priorité sur l'étiologie. Donc, pour codifier une pathologie qui se trouve dans plusieurs chapitres en raison de son étiologie, par exemple un traumatisme, il faut utiliser chaque fois les chapitres appropriés. Le chapitre A (général) doit être considéré seulement si le lieu n'est pas précisé ou si la pathologie touche plus de deux systèmes corporels.

Tous les chapitres fournissent des rubriques spécifiques, basées d'abord sur le système corporel ou l'organe touché par la pathologie, et ensuite sur l'étiologie. Des éléments concernant ou affectant la grossesse ou la périnatalité sont généralement codés dans le chapitre W, mais il ne faut pas y coder un élément seulement parce que la patiente est enceinte. Il faut coder l'élément sous la rubrique concernant le système corporel affecté.

Tous les problèmes sociaux, qu'ils soient identifiés comme motif de rencontre ou comme problème, sont repris dans le premier composant du chapitre Z.

- **Règles spécifiques au codage des problèmes de santé en utilisant les critères d'inclusion (voir aussi chapitre 6)**

1. A chaque rencontre le codage des diagnostics doit atteindre le niveau le plus élevé possible de spécificité.
2. Les critères d'inclusion contiennent le nombre minimum de critères nécessaires permettant le codage à la rubrique concernée.
3. Il faut regarder les critères d'inclusion **après** avoir formulé le diagnostic. Ces critères ne **sont ni des aides au diagnostic, ni des aides à la thérapeutique**.
4. Si les critères d'inclusion ne sont pas suffisants, il faut consulter les rubriques moins spécifiques, sous la rubrique *Considérer*.
5. Dans les rubriques ne comportant pas de critères d'inclusion, il faut consulter la liste des synonymes d'inclusion à la rubrique *Inclusion*, en tenant compte des éléments de la rubrique *Exclusion*.

Procédure de soins, actes médicaux

La CISP peut être utilisée pour le codage des actes effectués dans le cadre des soins médicaux. A cet effet, on utilisera les composants 2, 3, 5, et une partie du composant 6, mais pas le composant 4 ni les rubriques -63, -64, -65 et -69 du composant 6.

Ces rubriques de procédures sont larges, très générales et non spécifiques. Par exemple, une prise de sang (-34), même si elle est associée à un seul système corporel (ex. cardiovasculaire K34), peut être effectuée pour de nombreux tests différents, comme des enzymes, des lipides ou des électrolytes.

Les codes de procédures des composants 2, 3 et 5 suivent les têtes de chapitres de l'*IC-Process-PC*, classification beaucoup plus détaillée, conçue par le *WONCA Classification Committee*. La CISP et l'*IC-Process-PC* sont donc compatibles. Les détails qui se trouvent dans *IC-Process-PC* peuvent être appliqués dans la CISP en ajoutant un quatrième ou un cinquième chiffre aux codes CISP à 3 chiffres.

Dans les composants 2, 3, 5, et la partie du composant 6 concernant la classification des procédures de soins, les codes de rubrique sont standardisés dans tous les chapitres à un niveau à 2 caractères. Le code alphanumérique du chapitre correct doit être ajouté par le professionnel codeur. Un certain nombre de rubriques dans les composants 1 et 7 des chapitres W, X, et Y concernent des épisodes impliquant la réalisation de procédures telles l'accouchement, l'avortement ou certains items de planification familiale.

Il est important de coder tous les actes effectués qui ont une relation logique avec un épisode de soins. Un quatrième ou cinquième caractère peut être nécessaire pour plus de spécificité, comme dans les exemples suivants :

Exemple 1 :

- 54 Réparation/ fixation/ suture/ plâtre/ prothèse
- L54.1 Pose d'un plâtre
- L54.2 Enlèvement d'un plâtre

Exemple 2

- 40 Endoscopie diagnostique
- D40 Endoscopie diagnostique du système digestif
- D40.1 Gastroskopie

Il est possible d'enregistrer plus d'un code de procédure lors d'une rencontre, mais il est très important de rester cohérent. Par exemple, la prise de la tension artérielle, examen de routine dans l'HTA, peut être aussi codée K31 en toutes circonstances. Les examens de routine, partiels ou complets, que ce soit pour un appareil ou pour le chapitre général, doivent aussi être codés avec cohérence. On trouvera ci-dessous des exemples de définitions d'examens complets ou partiels. Cependant, il est essentiel que chaque pays développe ses propres définitions de l'*examen complet (ou partiel) général*, et de l'*examen complet (ou partiel) d'un appareil*, correspondant à sa culture, pour qu'ils soient utilisés de manière cohérente.

- **Examen complet**

L'expression "examen complet" fait référence à un examen comprenant les éléments définis par le consensus d'un groupe de professionnels précis, et reflétant son standard habituel d'examen médical. Cet examen sera complet au regard d'un système corporel (Ex. l'œil F30), ou sera un examen général complet (A30).

- **Examen partiel**

L'expression "Examen partiel", dans n'importe quel chapitre, fait référence à un examen partiel orienté vers l'organe ou la fonction spécifique appropriée. Lorsque deux systèmes ou plus sont concernés par un examen limité ou incomplet, on choisit alors le chapitre général (Chap. A). Beaucoup de rencontres incluront des examens partiels pour surveiller une maladie aiguë, une maladie simple ou une visite de contrôle pour une maladie chronique.

Exemples :

- Examen général complet = A30, examen neurologique complet = N30
- Examen général partiel, coup d'œil limité sur différents organes : examen respiratoire et cardiovasculaire = A31
- Examen partiel d'un organe : mesure de la tension artérielle = K31

Les procédures suivantes sont considérées par le Comité de Classification de la WONCA comme faisant partie de l'examen clinique de routine à coder sous les rubriques -30 et -31, plutôt que séparément :

- Inspection, palpation, percussion, auscultation
- Acuité visuelle et fond d'œil
- Otoscopie
- Audiogramme
- Tests vestibulaires
- Frottis de col
- Mesure de la tension artérielle
- Laryngoscopie indirecte
- Mesure des poids et taille

Tous les autres examens doivent être inclus dans d'autres rubriques

- **Composant 2 Procédures diagnostiques et imagerie, procédures préventives**

Les procédures diagnostiques et préventives (codes -30 à -49) couvrent une large partie des activités médicales. Elles comportent les vaccinations, l'imagerie, l'estimation des risques, la concertation ainsi que les avis et conseils.

- **Composant 3 Procédures thérapeutiques, traitements médicamenteux**

Ce composant (codes –50 à –59) permet de classifier les actes thérapeutiques pratiqués sur place ou prescrits par le professionnel de santé. Il n'est pas prévu pour enregistrer les procédures médicales spécialisées à réaliser par les professionnels de santé à qui le patient aurait été adressé. Il faut coder les vaccinations dans le Composant 2.

- **Composant 4 Résultats d'examens**

Le Composant 4 (codes –60 et –61) ne fait pas référence à des actes à proprement parler. Il s'agit de la prise de connaissance de résultats d'examens demandés par un tiers ou par le dispensateur lui-même.

- **Composant 5 Administratif**

Ce composant (code -62) est prévu pour coder les cas où la réalisation, par le professionnel de santé, d'un document ou d'un formulaire écrit, destiné au patient ou à un organisme, est exigé par des habitudes, des règlements ou des lois. Ecrire une lettre de renvoi n'est considéré comme une procédure administrative que dans le cas où l'écriture de la lettre aurait été la seule activité au cours de la rencontre. Sinon, elle est incluse dans le composant 6.

- **Composant 6 Références et autres motifs de rencontre**

Les références ou renvois (codes –63 à –69) à d'autres professionnels de santé, médecins, hôpitaux, cliniques, centres de soins ou consultants sont à coder dans ce composant. Les demandes d'imagerie et de biologie sont à coder dans le composant 2.

Pour plus de spécificité, un quatrième caractère peut être ajouté, par exemple :

- * -66 Référence à dispensateur de soins de santé primaire non médecin
 - * -66.1 Infirmière
 - * -66.2 Kinésithérapeute
 - * -66.3 Travailleur social
- * -67 Référence à médecin
 - * -67.1 Généraliste
 - * -67.2 Cardiologue
 - * -67.3 Chirurgien

6. Critères d'inclusion de la CISP- 2

Introduction

Bien qu'acceptée au plan international, une liste de rubriques permettant de coder les problèmes rencontrés en soins primaires n'offre pas par elle-même un degré satisfaisant de comparabilité statistique. Le Comité de Classification de la WONCA en a toujours été conscient. La publication en 1983 de la Classification Internationale des Problèmes de Santé en Soins Primaires (ICHPPC-2-d) a permis l'introduction de critères d'inclusion pour chaque rubrique et l'amélioration de la validité du codage.

Critères d'inclusion et définitions ne sont pas équivalents. Ils doivent être appréciés selon leurs objectifs. Il s'agit d'assurer la cohésion du codage et non de fournir des définitions permettant de cerner des problèmes de santé. Nous avons toutefois tenté de garantir que ces critères d'inclusion soient compatibles avec les définitions courantes, telles que celles de la Classification Internationale des Maladies (CIM).

Dans cet ouvrage, plusieurs des critères d'inclusion de l'ICHPPC-2-d ont été mis à jour et appliqués directement aux rubriques de la CISP. Dans d'autres cas, sur base de la structure théorique décrite ci-dessous, on a créé des critères d'inclusion, soit de novo, soit fortement modifiés. Bien que cette publication signe un progrès en taxonomie de la médecine générale/de famille, elle n'est pas encore idéale. La CISP est une classification en évolution. On peut s'attendre à des améliorations à l'avenir grâce à l'introduction des critères d'inclusions du présent ouvrage.

Structure théorique d'attribution de critères d'inclusion

L'existence de quatre catégories de "diagnostics" en soins primaires explique la structure théorique qui fonde les critères d'inclusion.

Ces quatre catégories sont : entités morbides étiologiques et pathologiques, conditions physiopathologiques, diagnostics nosologiques (syndromes), et diagnostics symptomatiques. Des principes différents sont appliqués à chacune de ces catégories selon ses caractéristiques.

Etiologique et pathologique : le diagnostic a une étiologie prouvée ou correspond à une pathologie définie ; les critères d'inclusions sont basés sur des définitions standards des maladies telles que celles de la Classification Internationale des Maladies (CIM), l'application à la médecine générale et de famille ayant rendu nécessaires quelques modifications.

Exemples : appendicite, infarctus myocardique aigu.

Physiopathologique : le diagnostic est sous-tendu par une physiopathologie prouvée ; les critères d'inclusion comprennent les symptômes, les plaintes et les caractéristiques objectivées.

Exemples : presbyacousie, hypertension.

Nosologique : un complexe de symptômes, objet d'un consensus entre médecins, fonde le diagnostic. Il n'y a ni base physiopathologique ni étiologie prouvée. On parle souvent de syndrome. Les critères d'inclusions ne comprennent que des symptômes et des plaintes.

Exemples : dépression, syndrome du côlon irritable.

Symptomatique : un symptôme ou une plainte est la meilleure étiquette médicale pour l'épisode en question.

Exemples : fatigue, douleur oculaire.

Les critères

Le principe sous-jacent a été de **fournir le critère d'inclusion le plus concis possible qui minimise la variabilité du codage**. L'adhésion à ce principe conduit à employer *un critère d'inclusion minimal* pour chaque rubrique. Ceci demande quelques explications.

Pour la plupart des rubriques diagnostiques, le lecteur trouvera un ou plusieurs critères à remplir obligatoirement pour coder un problème sous ce titre. Parfois il s'agit d'un choix de critères, parfois d'une liste d'un certain nombre de critères à remplir.

On s'est essayé à spécifier le *nombre minimum de critères nécessaires* afin de réduire la complexité et les erreurs de codage. De plus, nous n'avons inclus que des critères de *valeur discriminatoire* suffisante, permettant la distinction entre rubriques en cas de confusion possible. Dans certains cas, le peu de critères disponibles ne permet pas d'exclure toutes les conditions possibles, ce qui permettrait d'éviter toutes les erreurs de codage. Toutefois, les plus fréquentes sont exclues.

Cette approche diffère profondément de l'approche des manuels classiques orientés vers la maladie. Ceux-ci établissent habituellement la liste de tous les symptômes et signes ou de tous les critères potentiels associés à un titre diagnostique spécifique. Pour nous, la brièveté doit précéder l'exhaustivité, ceci afin de maximiser, dans le contexte de la médecine générale, l'utilité du codage des problèmes par critères.

Le titre de rubrique est parfois en lui-même suffisamment spécifique. Dans ce cas, on ne donne pas de critères d'inclusion. Afin d'éviter les erreurs, on lira dans son entièreté chaque rubrique, son titre avec ses termes d'inclusion et d'exclusion et ses critères d'inclusion.

On ne s'est pas essayé à fournir des critères d'inclusion pour chaque rubrique. En particulier, les rubriques résiduelles, qui contiennent trop de diagnostics dispersés, ne permettent pas d'inclure des définitions pertinentes. Dans ces cas, le lecteur se référera à la liste des diagnostics proposée dans le titre de la rubrique. Il pourra aussi consulter la liste plus complète des rubriques correspondantes de la CIM-10.

Références croisées

Outre les critères d'inclusion, chaque rubrique peut contenir les informations suivantes :

- Inclus ;*** contient une liste de synonymes et d'autres descriptions incluses sous la rubrique.
- Exclus ;*** contient une liste de conditions similaires à coder ailleurs, chacune avec le code approprié.
- Considérer ;*** contient une liste de codes, normalement moins spécifiques, à prendre en considération si la condition particulière du patient ne cadre pas avec les critères d'inclusion.

Avantage de cette structure

Cette structure fournit des critères d'inclusion clairs et consensuels aux diagnostics fréquents en médecine générale et de famille. Ceux-ci nécessitent des critères d'inclusion dans la mesure où ils sont régulièrement codés.

Ainsi, grâce à cette structure et à ses critères d'inclusions minimaux, la procédure de codage est facile à apprendre et à appliquer couramment en médecine générale et de famille. Ceci réduit le problème des variations de codage entre praticiens.

Usage des critères d'inclusion

Des critères d'inclusion ne sont pas nécessaires pour enregistrer les motifs de contact. En fait la compréhension par le médecin des termes utilisés par le patient servira de guide au codage, sans que les dires du patient ne soient nécessairement "médicalement corrects". Des critères sont cependant nécessaires pour coder les diagnostics ou les problèmes gérés par le médecin. Le choix du code le plus approprié nécessitera une grande attention, même en mode symptômes et plaintes. Par exemple, *être pris d'un malaise* (A04) ne doit pas être codé dans la même rubrique que *évanouissement* (A06) ; une *douleur abdominale* peut être *généralisée* (D01), *épigastrique* (D02) ou *localisée* (D06). Ces options claires permettront à l'utilisateur de choisir au mieux.

Application des critères aux différentes étapes des problèmes

Les critères d'inclusion sont essentiellement étudiés pour coder la première présentation d'un problème. Si un problème doit être codé lors d'une rencontre ultérieure (après modification par le temps ou le traitement), le codeur doit prendre en considération l'histoire de l'information (par ex. un problème d'hypertension sera toujours codé hypertension alors même que le traitement a normalisé les chiffres tensionnels). Il arrive aussi que ni le temps ni le traitement n'affectent la condition. Le codeur ne doit alors considérer que le critère actuel. Dans un rapport de recherche, spécifier la méthode utilisée est donc important.

Désavantages du système

Evidemment ce système n'est pas sans danger. Afin d'améliorer l'exactitude et la fiabilité des statistiques de la médecine générale et de famille, les concepts diagnostiques ont été clairement délimités alors qu'en réalité plusieurs d'entre eux semblent avoir des limites floues. La thérapie ou l'organisation des soins ne nécessitent pas forcément de telles limites. Toutefois la recherche exige la précision des données. L'emploi de critères d'inclusion strictement délimités peut provoquer un glissement vers des rubriques résiduelles moins spécifiques. Il vaut mieux cela que de se retrouver avec la plupart des rubriques non spécifiques. La rubrique "considérer" offre une alternative pour les codes qui ne cadrent pas parfaitement avec les critères proposés. Ces suggestions viennent s'ajouter aux items listés comme exclusion de la rubrique.

Quelques malentendus possibles

Il est important que le lecteur comprenne clairement ce que ces définitions ne proposent pas.

Il ne peut s'agir d'un guide de diagnostic. L'objectif premier de la classification est de diminuer les probabilités d'erreur de codage après que le diagnostic ait été posé et non d'éliminer la possibilité d'erreur de diagnostic. On assume que l'utilisateur aura posé son diagnostic différentiel avant de procéder au codage. Dans la plupart des cas d'une pratique de qualité, on aura besoin de bien plus d'information que celle fournie par les critères d'inclusion pour faire un diagnostic précis.

Il ne s'agit pas de poser les standards des soins. Bien que l'information obtenue par l'emploi de la classification puisse changer les concepts médicaux et finalement avoir un impact sur les standards des soins, les critères d'inclusion ne sont mis en place que pour augmenter la précision statistique du codage.

Il ne s'agit pas d'un guide thérapeutique. Les critères inclusifs ou exclusifs d'une rubrique ne correspondent pas forcément aux critères d'usage de telle ou telle thérapie. Par exemple, le praticien pourra décider qu'une thérapie antimigraineuse est indiquée chez un patient alors que les faits objectivés ne rencontrent pas suffisamment les critères d'inclusion et que le problème sera dès lors étiqueté "mal de tête".

Sources

Le comité ne se sent nullement obligé de concevoir de nouvelles définitions ou critères d'inclusion si ceux qui existent déjà sont concordants aux objectifs décrits ci-dessus.

En fait, les définitions existantes, souvent préparées pour des projets de recherche et non pour la pratique clinique, cadraient peu avec les impératifs définis et étaient plutôt embarrassantes. Quoiqu'il en soit, les critères d'inclusion repris ici sont compatibles avec la plupart des définitions standards existantes.

Le Comité prie l'auteur dont le travail aurait été repris sans égards de bien vouloir l'excuser. L'imitation est la forme la plus sincère de la flatterie.

7. Le DUSOI/WONCA, un indice de gravité pour la médecine générale

Quantifier le qualifiable

L'estimation de la gravité des problèmes de santé est au centre des processus de décision en médecine générale et constitue un des biais les plus évidents dans l'étude de la morbidité des populations^{xxi xxii xxiii}.

Que ce soit au niveau curatif, pour le contrôle de qualité ou pour justifier une attitude diagnostique ou thérapeutique, l'estimation du degré de gravité est un élément essentiel. Il en va de même pour l'étude de la morbidité d'un ensemble de population. Si on dit que la prévalence du diabète est élevée dans une population, par exemple, on n'a rien dit tant qu'on ne peut en quantifier les variantes cliniques en fonction de leur gravité.

Et c'est bien de cela qu'il s'agit : *quantifier le qualifiable*. Les instruments ne manquent pas en médecine générale^{xxiii} mais c'est surtout le point de vue du patient qui a été développé au travers d'une série d'échelles évaluant son statut fonctionnel^{xxiv}.

Le point de vue du médecin sur l'importance ou la sévérité d'un problème a été peu étudié, si ce n'est pour prédire des coûts^{xxv} à travers la structuration des données médicales par épisodes de soins. C'est l'école de médecine de l'Université de Duke qui a été la pionnière dans le domaine de la médecine de famille, pour mettre au point des indicateurs permettant de mesurer l'impact des traitements médicaux^{xxvi}.

En médecine générale, l'approche par problème et par épisode supplante largement l'approche ponctuelle par maladie^{xxvii}. La Classification Internationale des Soins Primaires (CISP)^{xxviii}, exposée dans les autres chapitres de cet ouvrage, est un puissant moyen d'analyse des pratiques^{xxix} au cœur de la percée de la recherche en médecine générale^{xxx} et continuera de faire faire des pas de géant à l'épidémiologie clinique^{xxxi xxxii}. L'intégration de la cotation de la gravité à l'approche par problème et donc à la CISP, développée initialement par Georges Parkerson à l'Université de Duke, est décrite dans ce chapitre.

Le département de médecine familiale et communautaire de cette université a énormément investi dans le domaine des indicateurs de santé et, parmi ceux-ci, le DUSOI (*Duke Severity of Illness*)^{xxxiii} est orienté exclusivement vers la quantification de la gravité.

Le Comité de Classification de la WONCA a avalisé cet indicateur qui a pris dès lors le nom de DUSOI/WONCA après une étude internationale multicentrique (WONCA-SIFT)^{xxxiv}.

L'outil DUSOI/WONCA genèse et limites

Depuis 1993, le DUSOI/WONCA¹⁴ a été testé au plan international, sous les auspices du Comité International de Classification (WICC) de l'Organisation Mondiale des Médecins de Famille (WONCA). En 1998, il a été incorporé à la deuxième édition de la version anglaise de la Classification Internationale des Soins Primaires (ICPC-2)^{xxxv}. Le formulaire DUSOI/WONCA est reproduit ci-dessous. Utilisé conjointement à la CISP-2, il peut en effet être utilisé pour classer selon leur niveau de gravité les problèmes de santé de chaque patient pris individuellement.

Le DUSOI/WONCA est une extension du mode diagnostique orienté patient^{xxxix} de la

¹⁴ DUSOI/WONCA® est un produit déposé appartenant au Department of Community and Family Medicine, Duke University Medical Center, Durham, USA.

CISP-2. Elle permet en effet au médecin ou à d'autres dispensateurs de soins d'attribuer à un problème de santé un intitulé standardisé et un code classificatoire ainsi qu'une cotation standardisée de gravité. Cette cotation permet donc d'indiquer le degré d'atteinte des patients pour un problème de santé déterminé.

Les paramètres de gravité et les critères du système DUSOI/WONCA sont génériques, c'est-à-dire non spécifiques à un problème de santé déterminé. Ils peuvent dès lors être appliqués à tout problème de santé. Le DUSOI/ WONCA prend en compte tous les problèmes de santé patents cliniquement à une date donnée dans un indice de gravité cumulatif. Le DUSOI/ WONCA est donc identifié par son score, pour un patient précis à une date précise. Ce sont ces propriétés qui permettent d'évaluer l'impact des traitements médicaux au cours du temps. Cette propriété permet aussi de comparer la gravité de problèmes de santé différents selon les mêmes standards d'évaluation.

Résultats de l'étude de terrain de la gravité des maladies WONCA-SIFT

Ainsi que l'a démontré l'essai WONCA-SIFT, le système de codage de sévérité DUSOI/WONCA est utilisable en clinique par le médecin généraliste. L'étude internationale^{xxxv} a été menée sur deux ans (1993-1995). Elle a permis de tester la validité, la reproductibilité, la faisabilité et l'utilité clinique potentielle du DUSOI/WONCA. Au départ, 47 médecins de famille de 16 pays ont participé à l'étude. De ceux-ci, 22 praticiens de 9 pays (Allemagne, Belgique, Espagne, Etats-Unis, Hongkong, Israël, Japon, Pays-Bas et Royaume Uni) ont terminé le relevé de données.

Les 22 praticiens ont coté le DUSOI/WONCA de 1.191 patients totalisant 2.488 problèmes de santé. L'âge moyen du groupe étudié était de 59,2 ans et l'échantillon comportait 59,6% de femmes. La cotation d'une série de problèmes de santé standardisés a permis d'estimer la fiabilité du DUSOI/WONCA. Dans cette étude, le coefficient de corrélation intraclasse (ICC) de fiabilité intercodeurs (validité externe ou reproductibilité) est de 0,45 tandis que l'ICC de fiabilité intracodeur (validité interne) s'étend de 0,39 pour le problème d'avoir un partenaire malade (code CISP Z14) à 0,78 pour l'obésité (code CISP T82) et à 0,68 pour l'anxiété (code CISP P74).

La possibilité de mise en pratique est bonne, ce que confirme le temps moyen de 1,9 minutes nécessaire pour coter le DUSOI/WONCA pour chaque patient (de moins de une à dix minutes). Les médecins n'ont eu aucune difficulté à utiliser l'outil chez 71,1% des patients. Il est jugé fort utile chez 14,7% d'entre eux, assez utile chez 53,6% et inutile pour 31,7%. L'utilité est plus évidente chez les patients dont les scores de gravité sont plus élevés.

Le score de gravité moyen DUSOI/WONCA pour l'ensemble des 2.488 problèmes de santé est de 39,1 (sur une échelle de 0 à 100 de "sans gravité" à "gravité maximale") et la distribution des problèmes selon les 5 codes de gravité est : Code 0 "sans gravité" 1,6%, Code 1 "gravité faible" 29,9%, Code 2 "gravité moyenne" 45,9%, Code 3 "gravité forte" 19,3%, Code 4 "gravité maximale" 3,3%.

L'étude montre de grandes variations de gravité tant entre les différents diagnostics qu'au sein d'un même diagnostic. A titre d'exemple, la gravité moyenne des problèmes respiratoires varie de 26,4% pour les infections des voies respiratoires supérieures (IVRS, code CISP R74) à 53,2% pour la maladie pulmonaire chronique obstructive (MPCO, code CISP R95). Pour l'IVRS, la fréquence des codes de gravité varie de 61,1% pour le code 1 à 0% pour le code 4. Par contre, la MPCO va de 8,4% pour le code 1 à 10,6% pour le code 4.

Le DUSOI/WONCA s'est donc avéré faisable et potentiellement utile en clinique de médecine générale et de famille. Récemment, une étude espagnole^{xxxvi} a relevé quelques limites à l'utilisation du DUSOI/WONCA. D'autres publications sont disponibles et le lecteur intéressé trouvera sur le site Internet du WICC une bibliographie^{xxxvii} mise à jour.

Comment utiliser le DUSOI/WONCA avec la CISP

Le professionnel de santé identifie chaque problème de santé au moment de la rencontre et quantifie la gravité de chacun de ces problèmes à ce moment pour ce patient.

• Quatre paramètres de gravité

La gravité est basée sur les quatre paramètres génériques suivants : (1) les symptômes pendant la semaine écoulée, (2) les complications pendant la semaine écoulée, (3) le pronostic du problème évoluant sans traitement pendant les six mois suivants, (4) la possibilité de traiter, autrement dit le besoin de traitement et la réponse attendue au traitement chez le patient en question.

• Scores bruts

A chacun de ces paramètres est attribué un score gravité de 0 à 4 en fonction du jugement clinique du praticien. Les scores bruts de gravité envisageables selon les quatre paramètres de gravité sont repris dans le grand cadre au bas du formulaire DUSOI/WONCA à la Figure 5.

Dans le DUSOI/WONCA, une complication est un problème de santé secondaire à un autre problème de santé mais non relevé ni coté comme problème séparé. Si une complication est enregistrée en tant que problème de santé séparé, les effets de cette complication enregistrée séparément ne seront pas inclus dans le codage de sévérité du problème princeps. Ceci évite de valoriser deux fois une complication.

Le pronostic est valorisé en fonction du jugement clinique du dispensateur qui doit estimer l'effet de l'abstention thérapeutique éventuelle sur le développement du problème de santé.

L'invalidité est définie comme "toute limitation de la capacité d'une personne à fonctionner dans sa vie quotidienne".

- L'invalidité mineure (score brut 1) est définie comme une restriction faible des activités usuelles.
- L'invalidité modérée (score brut 2) est définie comme une restriction importante de l'activité habituelle mais sans nécessité d'attention importante de la part d'autrui.
- L'invalidité majeure (score brut 3) est définie comme une restriction importante de l'activité habituelle avec nécessité d'attention importante de la part d'autrui.

La possibilité de traiter est valorisée en fonction de l'opportunité d'appliquer un traitement et de la réponse attendue à celui-ci.

• Codes de gravité

Pour déterminer le code de gravité DUSOI/WONCA à un seul caractère, les scores bruts de chaque problème de santé sont additionnés et le total est converti en code de gravité selon les indications de la table de conversion qui figure dans le petit cadre au bas du formulaire DUSOI/WONCA.

• Usage optionnel pour l'ouverture des codes ICPC-2

Le dispensateur qui souhaite éventuellement intégrer la gravité à la classification CISP-2 peut adjoindre le score de gravité DUSOI/WONCA au code de classification CISP-2. Par convention, on utilisera les deux points ":" comme séparateur (voir exemple 1 Tableau 4).

• Guide rapide

Un guide rapide est disponible à Figure 6. La cotation et l'établissement de l'indice de gravité DUSOI/WONCA y sont résumés en 5 étapes.

Exemples d'utilisation

• Exemple 1 : Une consultation fictive

Le Tableau 4 montre l'index DUSOI/WONCA complété pour un exemple tiré de la pratique habituelle en médecine de famille. Le dispensateur, le Dr Jean Dubois a dressé la

liste des problèmes de santé actuels et abordés lors de la rencontre avec Marie Dupont le 5 octobre 1995. Lors de cette rencontre, cette patiente présente une douleur précordiale épisodique liée à une cardiopathie ischémique ancienne, un diabète sucré asymptomatique et une bronchite asthmatique sur terrain d'emphysème avec dyspnée importante.

Mme Marie DUPONT, née le 6 novembre 1925									
Dr Jean DUBOIS - Consultation du 5 octobre 1995									
Trois problèmes traités lors de cette rencontre									
		Symptômes	Complications	Pronostic	Possibilité de traiter	Total scores	Index de gravité	Code CISP	
1-	Cardiopathie ischémique avec angor	2	0	4	2	8	2	K74 : 2	
2-	Diabète sucré	0	0	2	2	4	1	T90 : 1	
3-	Bronchite asthmatique	4	3	4	2	13	4	R96 : 4	

Tableau 4 : Exemple fictif d'utilisation du DUSOI/WONCA pour trois problèmes abordés en consultation.

Les codes CISP sont flanqués de l'indice de gravité.

Pour la cardiopathie ischémique avec angor du Tableau 4, le total des scores bruts est de 8 (2+0+4+2) et le code de gravité est 2. (Aux scores bruts de 5 à 8 correspond un code de gravité de 2 dans la table de conversion). Un code de gravité 2 indique immédiatement au dispensateur que la maladie cardiaque ischémique de ce patient précis à ce moment précis est de gravité "intermédiaire", sur une échelle de 0 à 4, de "sans" à "maximale".

La patiente ne présente aucun symptôme (score 0) ni complication (score 0) lié à son diabète qui fait l'objet d'un simple contrôle ce jour. Le praticien estime que, laissée sans traitement, la maladie évoluerait défavorablement vers une invalidité moyenne (score 2) et que la réponse au traitement sera bonne (score 2).

En ce qui concerne la bronchite asthmatique, la dyspnée est vive (score 4) et l'insuffisance respiratoire se complique des premiers signes d'insuffisance cardiaque (score 3). Le pronostic à six mois sans traitement est jugé sombre avec une menace pour la vie (score 4). Le praticien estime toutefois que la réponse au traitement sera bonne (score 2).

L'indice de gravité DUSOI/WONCA est coté par problème et s'établit ici à 2 pour la cardiopathie ischémique avec angor, à 1 pour le diabète équilibré et à 4 pour l'asthme sévère.

● Exemple 2 : Etude lors d'une garde de week-end (Tableau 5)

Lors d'une garde de week-end de médecine générale à Gilly, Belgique, les patients vus à domicile ont été répertoriés, leurs problèmes de santé diagnostiqués à l'issue de la visite ont été codés selon la CISP-1 et la gravité du problème posé a été estimée au moyen du DUSOI/WONCA.

Sur les 23 personnes vues sur appel de garde d'un week-end du printemps 1998 (garde du vendredi à 20h jusqu'au lundi à 8h), il y a 11 hommes et 12 femmes. La moyenne d'âge est de 35,7 ans, écarts de 1 à 89 ans.

Hypothèses décisionnelles (diagnostics) à l'issue des appels :

A87 Complication de traitement médical ou chirurgical, A97 Pas de maladie, D01 Douleur abdominale diffuse, D70 Infection intestinale, H70 Otite, K74 Angor, L12 Entorse de la cheville, N01 Céphalées, P15 Alcoolisme aigu, R74 IVRS, R78 Bronchite, S87 Eczéma, U70 Infection urinaire

On voit que la morbidité est dominée par une épidémie qui touche les voies respiratoires avec 7 infections des voies respiratoires supérieures, une otite et 3 bronchites.

Comorbidité déclarée ou visible :

U70 Infection urinaire, K91 Athérosclérose cérébrale, K86 Hypertension, L85 Déformation acquise de la colonne

Sur 23 appels, cinq (22%) sont jugés de gravité forte à maximale (voir Tableau 7). Sans préjuger de la signification de cette association, on voit qu’il y a un parallélisme entre la gravité et l’âge.

La garde du week-end est organisée par quartier dans cette grande ville industrielle. Un

n°	Sexe	âge	Motif	Symptômes	Complication	Pronostic	Traitabilité	Total	Indice DUSOI I	Motif DUSOI I	Comorbidité
1	F	3	A87	2	0	0	2	4	1	A87:2	
2	F	75	A87	4	2	1	2	9	3	A87:4	U70/K91
3	M	35	D01	2	0	1	2	5	2	D01:2	
4	M	31	D70	2	0	0	2	4	1	D70:2	
5	M	28	H70	1	0	0	1	2	1	H70:1	
6	M	32	K74	2	2	0	2	6	2	K74:2	
7	F	45	K74	2	0	0	0	2	1	K74:2	
8	F	50	L12	2	1	0	2	5	2	L12:2	
9	F	5	N01	2	0	0	2	4	1	N01:2	
10	F	32	P15	3	0	0	2	5	2	P15:3	
11	F	74	R74	4	2	2	2	10	3	R74:4	K86
12	M	30	R74	2	0	0	2	4	1	R74:2	
13	M	6	R74	3	0	2	2	7	2	R74:3	L85
14	F	4	A97	0	0	0	0	0	0	A97:0	
15	F	78	R74	3	2	2	2	9	3	R74:3	
16	F	89	R74	4	3	3	3	13	4	R74:4	
17	M	1	R74	4	2	3	2	11	3	R74:4	
18	M	41	R74	2	0	1	2	5	2	R74:2	
19	F	33	R78	3	0	0	2	5	2	R78:3	
20	M	23	R78	2	0	0	0	2	1	R78:2	
21	M	80	R78	3	0	0	2	5	2	R78:3	
22	F	23	S87	4	2	0	2	8	2	S87:4	
23	M	5	U70	4	0	2	2	8	2	U70:4	

Table 5 : *Diagnosics (CISP-1) et indices de gravité DUSOI/WONCA pour 23 patients vus en garde de week-end en médecine générale à Gilly, Belgique, printemps 1998.*

médecin est de garde pour 20.000 personnes environ. Le peu de cas vus en un week-end s’explique par la politique des nombreux hôpitaux locaux qui drainent facilement les patients vers leur consultation par le biais de leur service d’urgence. L’utilisation du DUSOI permet de comprendre l’importance de l’intervention du médecin généraliste chez ces patients tous vus à domicile. La pauvreté relative de la comorbidité relevée s’explique par les circonstances de garde qui ne permettent pas aisément le relevé ou l’accès à l’information médicale de ces patients.

• Exemple 3 : Etude de 20 hospitalisations successives en médecine générale

Afin de juger de la faisabilité de la mise en œuvre du DUSOI/WONCA dans un autre domaine de l’organisation des soins, l’un de nous a coté 20 décisions successives d’hospitalisation prises dans sa pratique quotidienne personnelle de médecin généraliste au printemps 1998 (voir Tableau 9).

Il y a 7 hospitalisations en chirurgie, 10 en médecine interne, 2 en psychiatrie, 1 en gynécologie. On compte 10 femmes (50%). L’âge moyen est de 49,6 ans, la médiane 54,5 ans. Ces patients sont donc en moyenne plus âgés que ceux vus en garde et en particulier, il y en a plus dans la tranche de 45-64 ans (Tableau 6).

L’indice de gravité DUSOI/WONCA est extrêmement différent de celui des patients vus en garde (Tableau 5). On trouve un code 2, huit codes 3 et onze codes 4.

1 à 4	3	1
5 à 14	3	0
15 à 24	1	2
25 à 44	9	4
45 à 64	2	8
>65	5	5
Total	23	20

Tableau 6 : Classes d'âge WONCA des 23 patients consultés le week-end de garde et des 20 patients hospitalisés

Les hospitalisations le sont donc toujours pour des faits de gravité forte (code 3) à maximale (code 4), seul le cas n° 16 BY est hospitalisé pour un indice de gravité moyen (code 2). Il s'agit, comme les codes CISP le montrent, d'une patiente souffrant d'une psychose maniaco-dépressive (P73), vivant un conflit conjugal (Z12) avec des problèmes culturels (Z04) et qui est analphabète (Z07). Dans ces conditions, son diabète (T90) s'est gravement déséquilibré et bien qu'il y ait peu de symptômes (score 1), une hospitalisation

paraît souhaitable.

On remarque que l'intensité des symptômes est bien prédictive de la décision finale d'hospitalisation. Dans la série des 20 patients, 15 d'entre eux présentent des symptômes majeurs. Enfin, l'étude de la comorbidité, bien détaillée ici puisque la plupart de ces patients sont connus de longue date par leur médecin, permet d'expliquer le fondement de certaines hospitalisations.

4 cas de code 3

- N° 2 : femme de 75 ans, complication de traitement médical ou chirurgical et comorbidité frappante
- N° 11 : femme de 74 ans hypertendue, présentant une infection des voies respiratoires supérieures
- N°15 : femme de 78 ans présentant une infection des voies respiratoires supérieures
- N° 17 : bébé de 1 an avec infection des voies respiratoires supérieures

1 cas de code 4

- N°16 : femme de 89 ans présentant une infection des voies respiratoires supérieures

Tableau 7 : Cinq cas de gravité forte ou maximale parmi les appels de garde.

Un lecteur DUSOI dans un dossier médical électronique

Le temps nécessaire à la détermination de l'index de gravité DUSOI sur dossier papier a été estimé à 2 minutes environ (1,9 min dans l'essai WONCA-SIFT). Il nous semble que sur un dossier électronique, cette détermination serait sensiblement plus rapide et donc plus acceptable en pratique quotidienne. Il suffirait pour cela que le médecin n'ait qu'à saisir les valeurs unitaires de chaque paramètre, qui lui seraient par ailleurs présentées automatiquement.

Le modèle suivant (**Erreur ! Source du renvoi introuvable.**) montre une manière ergonomique de calculer l'index DUSOI.


Le logiciel présente d'emblée, dans une boîte de dialogue, la liste des problèmes traités au cours de la rencontre actuelle. Un rappel succinct des critères d'évaluation de chaque paramètre est inséré pour l'assister. Le logiciel calcule le total des paramètres par problème et retourne automatiquement l'index DUSOI correspondant.


Dans cet exemple, l'utilisateur sélectionne successivement chacun des problèmes (boutons radio), et attribue un coefficient à chacun des quatre paramètres. Dès que le quatrième paramètre du dernier problème est évalué et entré à l'écran, les indices DUSOI, global et par problème, sont calculés automatiquement. Les différentes cotations peuvent être enregistrées comme attribut de leur problème respectif par le bouton "Enregistrer".


L'utilisation de l'index de sévérité DUSOI dans un dossier électronique implique qu'on associe à chaque valeur la date de l'estimation et qu'on en archive les anciennes valeurs et dates

Index de sévérité DUSOI

Mme Marie Dupont, 69 ans. Consultation du 5 octobre 1995

 Insuffisance coronaire avec angor

 Bronchite aiguë

 Diabète sucré

2

Symptômes

0

Complication

4

Pronostic à six mois

2

Possibilité de traiter

Au cours de la semaine précédente

DUSOI= 2

Enregistrer

Abandonner

© Duke Univ.

Tableau 8

Exemple d'écran de codage informatique au moyen du DUSOI/WONCA. L'indice de gravité du premier problème est calculé 2 (Score brut 2+0+4+2=8) soit gravité moyenne selon les cotes entrées par le médecin dans les 4 cases de gauche.

Un outil pour la pratique

Même si le DUSOI/WONCA peut paraître un peu difficile à appliquer en clinique quotidienne, il permet un regard et une pondération de la pratique de la médecine qui en font un instrument essentiel de toute démarche de qualité. Au-delà de l'outil quantitatif, il donne au praticien qui en aura pris l'habitude une forme de raisonnement nouveau et déterminant pour la prise en compte de la réalité du vécu des patients.

n°	nom	spécialité	sexe	âge	motif	diagnostics	Remarque	Symptômes	Complications	Prognostic	Traitement	Score	DUSOI	Diagnosics/DUSOI	comorbidité
1	HM	méd int	F	25	A03	A78	infection généralisée	3	2	2	2	9	3	A78 : 3	A12
2	MR	chir gén	M	77	D06	A87	plaie suppurée	4	4	4	1	13	4	A87 : 4	D75 - T08 - K76 - K91
3	BO	méd int	m	33	T08	B90	SIDA	4	4	3	3	14	4	B90 : 4	P19 - S76 - Z09 - P17
4	VA	chir ORL	m	63	R21	D83	phlegmon	4	3	4	2	13	4	D83 : 4	K76
5	RM	chir dig	m	54	D25	D89	hernie inguinale	4	4	4	2	14	4	D89 : 4	D86 - L03
6	AG	chir dig	f	60	D06	D91	hernie ombilical	4	4	4	3	15	4	D91 : 4	P18 - T82 - A85 - T28 - K99 - L90
7	CA	chir péd	m	3	D06	D99	invagination intestinale	4	0	4	2	10	3	D99 : 3	
8	DF	cardio	m	50	K01	K75	infarctus	4	2	2	2	10	3	K75 : 3	R92 - T82 - R99
9	DR	cardio	f	65	K01	K75	infarctus	4	1	3	2	10	3	K75 : 3	T82 - L90
10	CH	cardio	f	23	K04	K84	Wolff Parkinson White	3	2	3	2	10	3	K84 : 3	Z13
11	LA	chir vasc	m	73	L17	K92	artérite périphérique	4	4	3	3	14	4	K92 : 4	P18 - P17 - Z12 - P80 - Z16 - P05
12	BY	psy	f	29	P02	P73	manie	4	3	3	2	12	3	P73 : 3	
13	BC	psy	m	18	P02	P73	bouffée délirante	4	3	3	3	14	4	P73 : 4	P19 - P73 - P18 - P09 - P17
14	CM	pneumo	m	58	R25	R81	surinfection pulmonaire	4	3	4	2	13	4	R81 : 4	Y07 - T82 - R95 - R99 - K76
15	LN	méd int	f	52	S05	S91	psoriasis aigu	4	4	3	3	14	4	S91 : 4	P76 - T82 - K87 - A99 - T90 - N94 - X11 - Z07
16	BY	méd int	f	58	A04	T90	diabète décompensé	1	1	4	2	8	2	T90 : 2	P73 - Z12 - Z04 - Z07
17	MA	méd int	f	78	U70	U95	infection résistante	1	2	4	2	10	3	U95 : 3	L28 - L88
18	MS	gynéco	f	28	X08	W17	hémorragie du post-partum	4	0	4	2	10	3	W17 : 3	P19 - D72 - D86 - P17
19	BJ	ortho	m	55	L16	L16	douleur cheville	4	4	3	2	13	4	L16 : 4	P17 - T92 - N88 - Z04
20	PS	chir vasc	f	90	L14	K92	thrombose artérielle	3	4	3	3	13	4	K92 : 4	K77 - R95 - D92 - T82 - H86 - K84 - A85

Tableau 9 : Etude de 20 hospitalisations successives par un médecin.
Motif de contact, diagnostic d'envoi et comorbidité codés selon la CISP-1

CISP-2 7. Le DUSOI/WONCA, un indice de gravité pour la médecine générale
avec l'indice de gravité DUSOI/WONCA, printemps 1998, Gilly, Belgique

Erreur ! Source du renvoi introuvable.

Figure 5

1

DU SOL/WONCA

Index international de cotation de la gravité des maladies

Patient :

Date de naissance :/...../.....

Femme :

Homme :

Dispensateur :

Date de la rencontre :/...../.....

Problèmes de santé

Scores bruts (Entrer 0 à 4)

(abordés lors de cette rencontre)

Symptômes

Complications

Pronostic

Possibilité de traiter

Score brut total (0 – 16)

Code de gravité (0 – 4)

Code CISP-2

Exemple : goutte

3

1

3

2

2

3

T92.3

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

(Si plus de six problèmes, utiliser un formulaire supplémentaire.)

SCORES BRUTS

1. Symptômes (semaine écoulée) :

0

1

2

3

4

2. Complications (semaine écoulée) :

0

1

2

3

4

3. Pronostic (à six mois sans traitement) :

Aucun

Douteux

Légers

Modérés

Majeurs

Invalidité

Aucune

Légère

Moyenne

Majeure

Menace pour la vie

0

1

2

3

4

4. Possibilité de traiter :

Non

Douteux

SI OUI → →

Bonne

Douteuse

Faible

Besoin de traitement

0

1

2

3

4

Réponse attendue au traitement

Non

Douteux

SI OUI → →

Bonne

Douteuse

Faible

0

1

2

3

4

CODES DE GRAVITE

Score brut total

Code de gravité

Gravité

0 =

0

Sans

1 – 4 =

1

Faible

5 – 8 =

2

Moyenne

9 – 12 =

3

Fort

13 – 16 =

4

Maximale

A chaque problème posé par un patient, un niveau de gravité assigné par le soignant concerné permettra de coder la gravité du problème en utilisant la CISP-2

Figure 6

- **Etape 1** Choisir le code CISP-2 du problème de santé

Exemple: problème de santé = cardiopathie ischémique avec angor **Code CISP-2**

- **Etape 2** Déterminer le code brut de gravité pour chacun des 4 paramètres de gravité, selon la table suivante

Score brut de gravité suivant le niveau de gravité du problème de santé :

	Aucun	Douteux	Légers	Modérés	Majeurs
1. <u>Symptômes</u> (semaine écoulée)	0	1	2	3	4
2. <u>Complications</u> (semaine écoulée)	0	1	2	3	4
3. <u>Pronostic</u> (à six mois sans traitement)	Invalidité				
	Aucune	Légère	Moyenne	Majeure	Menace pour la vie
	0	1	2	3	4
	Besoin de traitement si oui → Réponse attendue au traitement				
4. <u>Possibilité de traiter:</u>	Non	Douteux	Bonne	Douteux	Pauvre
	0	1	2	3	4

Exemple:

Symptômes = 2 ...parce que le patient présente des symptômes légers de cardiopathie ischémique avec angor durant la période d'une semaine précédant le moment du codage.

Complications = 0 ... parce que le patient ne présente aucun signe clinique de complications conséquence de sa cardiopathie ischémique avec angor durant la période d'une semaine précédant le moment du codage.

Pronostic = 4 ... en raison de la menace potentielle pour la vie du patient imputable à la cardiopathie ischémique avec angor si aucun traitement n'est donné dans les six mois suivant le moment du codage.

Possibilité de = 2 ...parce que le patient a besoin d'un traitement pour sa cardiopathie ischémique avec angor et que l'on s'attend à une bonne réponse thérapeutique.

Etape 3 Additionnez les 4 scores bruts de gravité pour obtenir le score brut total de gravité pour ce problème de santé.

$2 + 0 + 4 + 2 = 8$ = score brut total de gravité imputable à la cardiopathie ischémique avec angor

Etape 4 Déterminer le code de gravité à un caractère CISP-2 suivant le tableau :

Score brut total	Code de gravité	Gravité
0 =	0	Sans
1 – 4 =	1	Faible
5 – 8 =	2	Moyenne
9 – 12 =	3	Forte
13 – 16 =	4	Maximale

Exemple : Score de gravité total = 8 Code de gravité = 2

Etape 5 joindre le code de gravité à un caractère au code CISP-2 du problème séparé par deux points (:)

Exemple: Code de gravité = 2

Code du problème de santé selon la CISP-2 = K74

Code CISP-2 étendu = **K74:2** ... indique que la cardiopathie ischémique avec angor est de gravité intermédiaire chez ce patient..

8. Évaluation de l'état fonctionnel, les cartes COOP/WONCA

Evaluer l'état de santé global

La médecine s'occupe de la maladie, rarement de la santé. C'est trop souvent la morbidité et non l'état de santé en général qui définit le patient^{xxxviii}. En médecine générale, il n'en va pas ainsi. Le médecin de famille évalue ses patients tant du point de vue de l'évolution de leurs problèmes somatiques que de leur fonctionnement psychologique et social. Cette vision globale est intuitive.

De nombreux instruments de mesure ont été développés sous forme de questionnaires^{xxxix} ou directement comme instrument de mesure de l'état de santé^{xli}. Peu d'entre eux sont suffisamment simples et rapides que pour pouvoir être appliqués en routine à la consultation. L'état fonctionnel mesure le niveau de fonctionnement d'un patient à un moment précis ou pendant un temps donné. Il s'agit de la capacité d'une personne à faire face, à s'adapter à son environnement et à réaliser ses activités quotidiennes.

Mesurer l'état fonctionnel d'un patient ou d'un groupe de patients présentant des caractéristiques communes, ponctuellement ou en suivi, permet d'évaluer les résultats ('outcomes') de telle ou telle attitude thérapeutique. Le "Comment ça va ?" traditionnel peut être quantifié et fournir matière à réflexion tant au moment de la consultation que pour la recherche ou pour l'assurance de qualité.

L'état fonctionnel est une mesure du bien-être global d'un individu. C'est une des mesures globales possibles de l'état de santé, qui inclut autant l'évaluation de l'état clinique que celle de la qualité de la vie. Le Glossaire International de la Médecine Générale et de Familleⁱⁱⁱ, dont la traduction française est publiée au chapitre 12 du présent ouvrage, définit l'état fonctionnel comme "*La capacité d'une personne d'être active et de s'adapter à son environnement, mesurée à la fois objectivement et subjectivement sur un laps de temps donné*".

L'importance de facteurs autres que la maladie est implicite à la définition de l'état fonctionnel. La complexité et la chronicité des problèmes médicaux augmentent et les médecins généralistes s'appuient tant sur des indicateurs de l'état fonctionnel que sur ceux de l'état de la maladie pour suivre leurs interventions et évaluer l'état de santé.

L'état fonctionnel est couplé à l'état du patient, non au problème de santé, à la maladie ou à l'épisode de soins. Il est donc moins directement relié aux codes CISP que ne l'est la sévérité de la maladie. Cependant, son importance en médecine générale justifie son inclusion dans cet ouvrage.

En effet, les mesures sont particulièrement importantes dans la prise en charge du vieillissement et des problèmes chroniques. L'ajout des mesures de l'état fonctionnel à l'enregistrement du motif de contact, du diagnostic et des interventions thérapeutiques est donc une étape logique dans le processus de classification en médecine générale.

La jonction des deux outils permet de faire de grands pas vers la compréhension des mécanismes qui régissent tant l'apparition de la demande de soins que l'importance de la comorbidité ou l'évolution de l'état de santé des patients en réponse à une thérapeutique proposée^{xlii}.

Genèse des cartes COOP/WONCA

Les cartes COOP (Dartmouth Primary Care Cooperative Information Project)^{xliii} constituent un instrument de mesure de la capacité fonctionnelle des patients.

Développées à Dartmouth, Etats-Unis, par un groupe de médecins de famille, elles ont retenu l'attention du Comité International de Classification de la WONCA et ont fait l'objet de multiples travaux.

Leur fiabilité, validité, sensibilité aux changements, utilité pratique, facilité d'emploi et construction multidimensionnelle, c'est-à-dire les six critères de base pour une échelle de qualité de vie, ont été largement étudiées et documentées. Elles ont dès lors reçu le label WONCA. Une étude internationale multicentrique d'évaluation, un colloque international et un manuel en ont consacré l'usage^{xliv}. L'ouvrage "*Measuring functional health status with the COOP/WONCA Charts: A Manual*"^{xlv} donne une vue détaillée des cartes, explique leur développement et la façon de les traduire. Il comporte aussi une liste de personnes ressource, incluant les auteurs des différentes traductions en allemand, callego, castillan, catalan, chinois, coréen, danois, finnois, français, hébreu, italien, japonais, néerlandais, norvégien, ourdou, portugais, slovaque et suédois. Les cartes sont disponibles en français sous forme d'un jeu de six cartes plastifiées^{xlvi}.

Description et mode d'utilisation des cartes COOP/WONCA

Il existe six cartes (Tableau 10 à Tableau 15) Elles peuvent être utilisées indépendamment. Quand plus d'une carte est utilisée, il est recommandé qu'elles le soient dans l'ordre suivant : condition physique, état émotionnel, activités de la vie quotidienne, activités sociales, changement de l'état de santé, état de santé global. Chacune comporte une question se rapportant aux deux dernières semaines et est illustrée d'un dessin élémentaire. Il y a cinq réponses possibles, cotées de 1 (meilleure) à 5 (pire).

Application des cartes COOP/WONCA

La méthode d'application préférée est l'auto-évaluation par le patient. Cependant, une étude a montré une corrélation entre l'auto-évaluation et l'évaluation par le dispensateur. Le temps moyen pour remplir les six cartes est de moins de cinq minutes.

La plupart des études publiées signalent la facilité d'emploi, la bonne acceptabilité et la reproductivité du test malgré son aspect simpliste au premier abord. Elles portent sur des sujets aussi divers que l'effet des arrêts de travail pour raison médicale, l'évolution de patients traités pour décompensation cardiaque, les modifications de l'état fonctionnel après crise d'asthme ou encore l'effet d'une substance thérapeutique testée en double aveugle sur l'évolution de patients asthmatiques.

Mais c'est dans la consultation quotidienne que les cartes se révèlent être un instrument très intéressant et parfois bien plus utile que les examens paracliniques multiples destinés souvent à tenter de mettre en évidence l'origine de malaises indéterminés et de toute évidence non somatiques^{iv}. En particulier, chez les personnes âgées, la tâche du généraliste relève plus de l'attention (*care*) que de la guérison (*cure*), ce que les cartes mettent bien en évidence. Très bien acceptées par le patient, elles permettent en moins de cinq minutes, tant au médecin qu'au patient, d'approcher quelques éléments clefs conditionnant l'état de santé. Cet outil de reconnaissance est très proche de la réalité des patients et favorise une interaction relationnelle positive.

Limites de l'outil

Ces cartes peuvent paraître rudimentaires du point de vue psychométrique mais il ne faut pas méconnaître l'intense variation des problèmes apportés en consultation et la charge considérable qu'ils font peser sur le médecin de famille. Leur rapidité d'emploi permet de les utiliser lors d'une consultation chargée. Si les cartes COOP/WONCA font apparaître

un problème déterminé, on pourra ensuite recourir à des instruments plus pointus pour pousser l'évaluation^{xli}.

Alors même que l'instrument paraît simple, il est des cas où les facultés intellectuelles du patient ou simplement son degré d'alphabétisation n'en permettent pas l'administration.

Ce problème se posera avec d'autant plus d'acuité que le patient sera d'une origine ethnique ou culturelle différente du médecin. Les dessins qui illustrent les cartes ont été réduits à leur plus simple expression, et ce jusqu'à faire disparaître les différences entre les sexes, afin de donner à l'outil une dimension universelle. A vouloir gagner en sensibilité, on perd en spécificité.

Mais le médecin immergé dans une culture spécifique pourra adapter les illustrations suivant les codes en vigueur dans son milieu d'action. Si les cartes sont utilisées dans de nouvelles situations culturelles, il est important de démontrer que les concepts mesurés sont appropriés et spécifiques à cet environnement. Une traduction adéquate en est la première étape. L'aptitude à la communication, fondamentale à l'exercice du métier de généraliste, exige que les outils soient culturellement adaptés.

L'utilisation d'un tel questionnaire multifacettes explorant des aspects à caractère parfois très privé fait inévitablement surgir la question de l'éthique dans la relation médecin-patient. Bien que les patients soient attirés par le test et le fassent généralement avec plaisir, il y a lieu d'être prudent. Ne pas envahir un patient de questions inopportunes à un moment où sa résistance mentale peut être fragilisée par la maladie est de toute façon un élément clef du comportement du médecin en médecine de famille. Par ailleurs, des questions trop pressantes ou trop précises peuvent faire basculer un équilibre parfois instable. La force de la médecine de famille est d'être globale mais aussi longitudinale. Si le moment n'est pas adéquat pour préciser un problème que le médecin soupçonne, il faut laisser le temps au temps, le respect de l'intimité de la personne impose alors le devoir de non question et le droit de non réponse.

La globalité est toutefois l'élément fondateur de la relation thérapeutique et les cartes COOP/WONCA sont un instrument aisé qui permet de l'approcher de façon quantitative.

ACTIVITES QUOTIDIENNES

Au cours des deux dernières semaines ...
Quelle difficulté avez-vous eue à réaliser vos activités habituelles, dans et hors de la maison, en fonction de votre condition physique et de votre état émotionnel?






Aucune difficulté		1
Peu de difficulté		2
Quelques difficultés		3
Beaucoup de difficultés		4
Ne peut le faire		5

Tableau 10

CHANGEMENT D'ETAT DE SANTE

Comment jugez-vous votre état général actuel par rapport à celui d'il y a deux semaines ?






Bien meilleur		1
Un peu meilleur		2
A peu près le même		3
Un peu moins bon		4
Pire		5

Tableau 11

ACTIVITES SOCIALES

Au cours de deux dernières semaines ...
Votre condition physique ou émotionnelle a-t-elle limité vos activités sociales en famille, avec des amis, des voisins ou en groupe ?

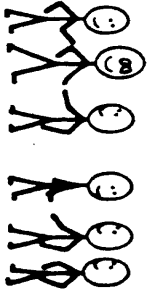
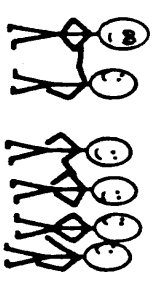
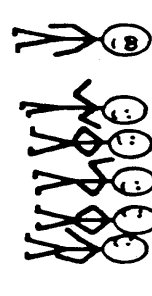
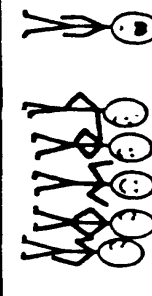
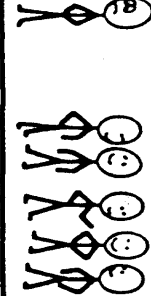
Pas du tout		1
Légèrement		2
Modérément		3
Assez bien		4
Fortement		5

Tableau 12

ETAT DE SANTE EN GENERAL

Au cours des deux dernières semaines ...
Comment estimeriez-vous votre état de santé en général ?






Excellent		1
Très bon		2
Bon		3
Assez mauvais		4
Mauvais		5

Tableau 13

EMOTIONS

Au cours de deux dernières semaines ...
Dans quelle mesure avez-vous été touché par des problèmes émotionnels au point de vous sentir anxieux, déprimé, irritable ou abattu et triste ?






Pas du tout		1
Un peu		2
Modérément		3
Assez bien		4
Fortement		5

Tableau 14

CONDITION PHYSIQUE

Au cours des deux dernières semaines ...
Quel est l'effort physique le plus dur que vous avez pu accomplir durant au moins deux minutes ?


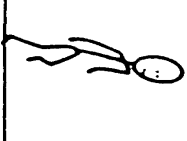
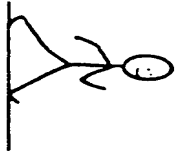
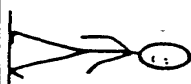

Très intense, par ex. : courir, à toute allure		1
Intense, par ex. : courir, à allure modérée		2
Modéré, par ex. : Marcher, d'un bon pas		3
Léger, par ex. : Marcher, d'un pas tranquille		4
Très léger, par ex. : Marcher, d'un pas lent		5

Tableau 15

9. Bibliographie

-
- i** ICPC-2 International Classification of Primary care, second edition. Prepared by the International Classification Committee of WONCA. Oxford: Oxford University Press, 1998.
 - ii** Okkes IM, Jamouille M, Lamberts H, Bentzen N. ICPC-2-E. The electronic version of ICPC-2. Differences with the printed version and the consequences. *Fam Pract* 2000; 17: 101-6
 - iii** Niels Bentzen (ed) WONCA international glossary for general/family practice 1995 ; 12 : 267 (<http://fampra.oupjournals.org/>)
 - iv** Jamouille M, Roland M, Blanc HW. Mesure de l'état fonctionnel en médecine générale : les cartes COOP/WONCA *Rev Med Brux* 1994 Sep-Oct ; 15(5) : 329-32
 - v** Jamouille M, Roland M, Elkin J, Parkerson GR. Le DUSOI/WONCA, un indice de gravité pour la médecine générale. *Rev Med Brux* (soumis à publication)
 - vi** ICHPPC-2 (International Classification of Health Problems in Primary Care). Oxford, Oxford University Press, 1979.
 - vii** International Classification of Diseases and Related Health Problems (10th revision). Geneva, World Health Organisation, 1992.
 - viii** Report of the International Conference on Primary Care, Alma Ata, USSR, 6-12, September 1978; WHO/Alma Ata/78.10.
 - ix** Lamberts, H, Meads, S, and Wood, M. Classification of reasons why persons seek primary care: pilot study of a new system. *Public Health Reports*, 1984; 99: 597-605.
 - x** Lamberts, H, Meads, S, and Wood, M. Results of the international field trial with the Reason for Encounter Classification (RFEC). *Med Sociale Preventive*, 1985; 30: 80-87.
 - xi** Meads, S. The WHO Reason for Encounter classification. *WHO Chronicle*, 1983; 37 (5): 159-162.
 - xii** Working Party to develop a classification of the 'Reasons for Contact with Primary Health Care Services'. Report to the World Health Organization, Geneva, Switzerland, 1981.
 - xiii** Wood, M. Family medicine classification systems in evolution. *J Fam Pract*, 1981; 12: 199-200.
 - xiv** Lamberts, H, Wood, M, Hofman-Okkes, I, eds. The International Classification of Primary Care in the European Community: with Multi-Language Layer. Oxford, Oxford University Press, 1993.
 - xv** Lamberts H, Wood M eds. ICPC: International Classification of Primary Care. Oxford, Oxford University Press, 1987
 - xvi** Bridges-Webb, C, Britt, H, Miles, D A, Neary, S, Charles, J, Traynor, V. Morbidity and treatment in general practice in Australia 1990-1991. *Med J Aust* 1992; 157, Supp.19 Oct :S1-S56.
 - xvii** International Conference on Health Statistics for the Year 2000. Report to WHO on a Bellagio Conference. WHO Statistical Publishing House, Budapest, 1984.
 - xviii** De Maeseneer J. *The ICPC classification of drugs*. In: Lamberts H, Wood M, Hofmans-Okkes IM (eds.) The International Classification of Primary Care in the European Community. Oxford: Oxford University Press, 1993: 163-70.
 - xix** Hofmans-Okkes IM, Lamberts H. The International Classification of Primary Care (ICPC): new applications in research and computer based patient records in family practice. *Family Practice* 1996; 13: 294-302
 - xx** International Classification of Process in Primary Care (IC-Process-PC), Oxford, Oxford University Press, 1986.
 - xxi** Marwick J, Grol R, Borgiel A. Quality assurance for family doctors. Report of the Quality Assurance Working Party, World Organization of Family Doctors ; 1992
 - xxii** Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment . Explorations in quality assessment and monitoring vol I, Ann Arbor, Health Administration Press 1980
 - xxiii** Wilkin D, Hallam L, Doggett M-A. Measures of need and outcome for primary health care . Oxford

University Press 1992

- xxiv** Hutchinson A, Bentzen N and König-Zahn C, Cross cultural health assessment; a user's guide, European Research Group on Health Outcomes (ERGHO), 1998.
- xxv** Goldfield N, Averill R, Eisenhandler J, Hughes JS, Muldoon J, Steinbeck B, Bagadia F, The prospective risk adjustment system. *J Ambulatory Care Manage* 1999 Apr;22(2):41-52
- xxvi** Parkerson GR Jr., User's guide for Duke Health Measures, Department of Community and Family Medicine, Duke University Medical Center, Durham, NC, USA, 182 p.,1999
- xxvii** Falcoff H. Le dossier orienté problème existe, je l'ai rencontré. In : L'informatisation du cabinet médical du futur. (Eds. Venot A, Falcoff H), Informatique et Santé. Springer-Verlag, Paris, 1999 (11): 149-157.
- xxviii** Jamoulle M, Roland M. Classification Internationale des Soins Primaires. Lacassagne, Lyon, 1992
- xxix** Roland M, Jamoulle M, Dendreau B. Approches taxinomiques en médecine de famille, assorties d'une terminologie médicale normalisée et classifiée à usage informatique en soins de santé primaires. (2 vol.) CARE Editions, Bruxelles, 1996.
- xxx** Lamberts H, Generic research in general practice, *European Journal of General Practice*, 2, 129-131, 1996
- xxxi** Okkes IM, Oskam SH, Lamberts H. Van klacht tot diagnose, episodegegevens in huisartspraktijk [De la plainte au diagnostic, données sur base d'épisode en médecine générale], avec CD-Rom, Coutinho, Bussum, 1998
- xxxii** Anders Grimsmo, Erik Hagman, Erik Falko Lorentzen, Lars Matthiessen, Thorstein Njalsson. Patients, diagnoses and activities in general practice. An attempt to make data from computerised medical record available for comparable statistics. In *Health Statistics in the Nordic Countries 1996*. Nordisk Medicinalstatistik Komité (NOMESKO), Copenhagen, 1998, p173-210.
- xxxiii** Parkerson GR Jr., Broadhead WE, Tse C-KJ. The Duke Severity of Illness Checklist (DUSOI) for measurement of severity and comorbidity. *J. Clin.Epidemiol.* 1993;46:379-393.
- xxxiv** Parkerson GR Jr., Bridges-Webb C, Gervas J, Hofmans-Okkes I, Lamberts H, Froom J, Fischer G, Meyboom-de Jong B, Bentsen B, Klinkman M, and De Measeneer J. Classification of severity of health problems in family/general practice : an international trial. *Fam. Pract.* 1996;13:303-309.
- xxxv** ICPC-2 International Classification of Primary Care, Second edition. International Classification of the World Organisation of Family Doctors (WONCA), Oxford, Oxford University Press 1998. (A paraître en français sous le titre Classification Internationale des Soins Primaires, deuxième édition (CISP-2), Care Editions, Bruxelles, 1999)
- xxxvi** Martinez C, Juncosa S, Roset M, Está relacionada la gravedad con la utilización de recursos? Una exploración del Duke Severity of Illness Scale (DUSOI) [L'utilisation des ressources est-elle liée à la gravité? Une exploration du Duke Severity of Illness Scale]. *Aten Primaria* 1998 Sep 30; 22(5):285-92
- xxxvii** Bibliographie mise à jour à propos du DUSOI ; DUSOI ; <http://www.ulb.ac.be/esp/wicc/dusoi.html>
- xxxviii** Bridges-Webb C: Assessing health status in general practice. *Med J Aust* 157: 321-325, 1992
- xxxix** Mc Donnell I, Newall C, Hays Rd: Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires, Oxford, Oxford University Press, 1987
- xl** Wilkin D, Hallam L, Dogett M: Measures of need and outcome for primary health care, Oxford Medical Publication, Oxford, 1993
- xli** Niels Bentzen (ed). Health Outcome Measurement Indicators. 1997
- xlii** Meyboom-Jong B, Lamberts H: The Autonomy Project: Practical experiences with status indicators within the framework of ICPC. In *The International Classification of Primary care in the European Community*, edited by Lamberts H, Wood M, Hoffmans-Okkes I, Oxford, Oxford University Press, 1993
- xliii** Nelson Ec, Wasson J, Kirk J: Assessment of function in routine clinical practice. Description of the COOP-Chart method and preliminary findings. *J Chron Dis* 40: 55S-56S, 1987
- xliv** WONCA Classification Committee: Functional Status Measurement in Primary Care, Berlin, Springer-Verlag, 1990

- xliv** Van Weel C, Konig-Zahn C, Touw-Otten FWMM, van Duijn NP, Meyboom-de Jong B. Measuring functional health status with the COOP/WONCA Charts: a manual. CIP-Gegevens Koninklijke Bibiliotheek, Den Haag 1995.
- xlvi** Jamouille M. Les Cartes COOP/WONCA préparée par le Comité de Classification de la WONCA, Bruxelles, FMMCSF, 1995